

Bibliothèque numérique

medic@

**JOBERT DE LAMBALLE, Antoine
Joseph. *Traité de chirurgie plastique /
vol. I***

Paris : J.-B. Baillière, 1849.



Exemplaire de l'Académie de chirurgie.
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?34896x01>

310011

TRAITÉ
DE
CHIRURGIE PLASTIQUE

PAR

A.-J. JOBERT (de Lamballe),

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Membre de l'Académie nationale de Médecine, officier de la Légion d'honneur, chevalier de l'Ordre du Lion néerlandais, Docteur en médecine, Professeur agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris, Prosecteur de cette même Faculté, ancien chirurgien titulaire du second dispensaire de la Société philanthropique, Professeur particulier d'anatomie et de médecine opératoire, membre de la Société médico-pratique, de la Société anatomique.

COMPLÉTÉ

D'UN ATLAS IN-FOLIO DE 18 PLANCHES GRAVÉES ET COLORIÉES.

(DE LAMBALLE),
TOME PREMIER.



A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N. 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

1849.

A

Mon savant Ami et ingénieux Compatriote,

LE DOCTEUR RAULT,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE SAINT-BRIEUC.



AU

DOCTEUR BEDEL

(DE LAMBALLE),

Praticien aussi habile que modeste.

JOBERT (DE LAMBALLE).

que suivent les traditions, mais, surtout, transmises par exemple, au moyen de la langue. Aujourd'hui, l'autoplastie est devenue une face nouvelle de la chirurgie, et, dans les efforts, on a vu dans l'espèce de procédés, les méthodes autoplastiques se multiplier, les procédés opératoires s'agrandir et se perfectionner chaque jour, en sorte qu'aujourd'hui, les efforts de l'autoplastie sont arrivés à être une branche importante de la chirurgie. Toutefois, tandis que les tentatives les plus hardies de réparation organique étaient surtout réservées aux formes du nez, les tentatives de réparation de la surface externe du corps, l'autoplastie, n'a été employée qu'avec une extrême rareté. On la voit, dans des cas de lésions par les membres amputés, pour porter les moignons dans les parties contiguës, les déformations, les tumeurs, les ulcères, les

PRÉFACE.

Pendant une longue suite de siècles, la restauration du nez a constitué à elle seule presque toute l'autoplastie, et lorsque celle-ci est arrivée entre les mains des chirurgiens contemporains, elle était encore bornée à un très petit nombre d'opérations. D'une part on la considérait comme une ressource thérapeutique d'un emploi rare et exceptionnel; et d'autre part on ne la pratiquait

que suivant des traditions aussi servilement transmises qu'aveuglément acceptées.

Aujourd'hui, l'autoplastie se présente sous une face nouvelle. Grâce à d'heureux et persévérants efforts, on a vu dans l'espace de peu d'années, les méthodes autoplastiques se multiplier, les procédés opératoires se régulariser et se perfectionner chaque jour, en sorte que l'autoplastie est arrivée à constituer réellement à elle seule une branche importante de la chirurgie. Toutefois, tandis que les tentatives les plus hardies de réparation organique étaient successivement couronnées de succès sur presque tous les points de la surface externe du corps, l'autoplastie viscérale était demeurée nulle ou stationnaire; aujourd'hui, on l'a vue pénétrer dans des cavités tapissées par les membranes muqueuses, et y porter des moyens de guérison inespérés contre des difformités aussi tristes qu'incurables.

C'est à-la-fois aux lumières de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, et à cet esprit de généralisation qui étend les idées et les rend fécondes, que sont dus ces rapides progrès. L'autoplastie a pris ainsi du même coup le caractère régulier, scientifique qui lui manquait, et elle est devenue l'une des parties de la chirurgie les plus fertiles en applications.

Les progrès dont je viens de parler seront dans l'avenir, on n'en peut douter, considérés comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie du XIX^e siècle, et on les mentionnera comme un des titres les plus honorables de la chirurgie française.

C'est pour exprimer l'importance de ce sujet et faire connaître en même temps l'ère nouvelle dans laquelle est entrée l'autoplastie que j'ai intitulé cet ouvrage : *Traité de Chirurgie plastique*.

J'ai indiqué dès les premières lignes de cette préface que l'on peut distinguer deux périodes principales dans l'histoire de l'autoplastie. L'une, la plus ancienne représentée par un seul et même procédé opératoire, se réduisait à une pratique manuelle, et n'avait pour base aucun principe et aucune idée physiologique fondamentale. Aussi, pendant cette longue période, l'autoplastie est-elle restée presque exclusivement bornée à la rhinoplastie.

J'ai dit que la seconde époque, toute moderne, est pour ainsi dire l'œuvre des contemporains. Ce n'est que de nos jours que l'autoplastie a été généralisée, à l'aide d'aperçus physiologiques et anatomiques plus approfondis qui ont enlevé au chirurgien sa timidité et lui ont

permis d'exécuter des entreprises aussi hardies qu'inusitées. C'est en étudiant avec soin le mode d'union des tissus, les produits qui servent à leur réunion et les phénomènes qui se passent dans les parties séparées ou déplacées, en appréciant, enfin, la quantité de fluide nourricier, dont les lambeaux ont besoin pour se nourrir, que les chirurgiens ont pu avec sécurité tenter des opérations graves et difficiles.

Ainsi, *la chirurgie plastique* comprend aujourd'hui un ensemble considérable d'opérations chirurgicales ayant pour but la réparation d'une partie détruite ou altérée diversement, à l'aide de portions de tissus empruntés soit à une région voisine, soit à une région plus ou moins éloignée.

Le nom d'*autoplastie* qu'on donne généralement à cette partie de la chirurgie doit être conservé pour exprimer le fait essentiel de toute opération de chirurgie plastique, à savoir : la réparation d'une perte de substance à l'aide d'un emprunt fait aux parties saines ; il suffit de rappeler du reste ce fait général pour faire voir combien le mot de *autoplastie* a été mal employé dans ces derniers temps par quelques auteurs (').

(') Faut-il ranger parmi les opérations autoplastiques la belle opération pratiquée pour la première fois en France par l'illustre

Quant aux dénominations anciennement usitées de *chirurgia curtorum*, *chirurgia curtorum per incisionem*, de même que les expressions plus modernes de *restitution organique*, *greffe animale*, *anaplastie*, etc.; elles offrent toutes des inconvénients, et sont tombées dans un juste abandon.

Le mot *plastique*, pris dans son sens littéral, caractérise d'une manière tout-à-fait exacte, l'intervention si remarquable de la main du chirurgien sinon pour créer, du moins pour réparer d'une façon plus ou moins parfaite l'œuvre du créateur.

L'art envisagé dans sa plus grande étendue a pour but d'imiter, de reproduire la nature; et c'est pourquoi le chirurgien qui à l'aide de l'autoplastie façonne un organe vivant ou une partie d'un organe, est plus que partout ailleurs un artiste.

De même que le sculpteur, il faut qu'il prenne ses dimensions et ses mesures, et qu'il sache façonner la matière organique comme s'il façon-

Larrey père pour réparer le nez? Notre digne collègue, M. Larrey fils, chirurgien ingénieux, proposait tout simplement au redressement du nez, exécuté par des incisions artistement faites, le nom de rhinoraphie. Je ne peux tout-à-fait partager l'opinion de mon confrère et je crois que le célèbre Larrey avait eu raison de la désigner sous le nom d'autoplastie nasale.

nait le marbre ou l'argile. Mais quelles difficultés inconnues au premier ne s'offrent-elles pas à l'artiste qui opère sur la matière vivante. Le marbre, l'argile et le bronze obéissent toujours à la main de l'homme; la matière vivante se révolte et réagit très diversement. C'est pourquoi le talent de la main n'est ici que secondaire, et l'artiste doit être avant tout le savant qui connaît toutes les lois de la réaction vitale, le médecin qui prévoit toutes les causes d'accidens, et qui sait disposer son action suivant toutes les conditions qui se présentent à lui.

Sous le rapport des résultats obtenus, l'artiste proprement dit est en général plus heureux que le chirurgien : « J'estime, disait M. Dieffenbach, qu'il en est du résultat de nos opérations comme des ouvrages du tourneur en bois comparé aux travaux de sculpture, ou bien comme des poupées grossièrement faites, mises à côté des chefs-d'œuvre de Canova. »

Il faut le dire cependant, entre des mains habiles, la chirurgie plastique a fourni déjà assez de merveilles pour justifier les paroles de M. le professeur Roux : « Qu'il n'y a peut-être rien d'impossible en fait de restauration de la face. » C'est, en effet, dans la restauration de la face humaine, dont l'intégrité offre tant d'importance

pour l'exercice des sens ainsi que pour les besoins et les douceurs de la vie sociale, que la chirurgie plastique a rendu ses services les plus nombreux et les plus signalés.

L'autoplastie comprend aujourd'hui cinq méthodes principales qu'on désigne soit d'après le pays où elles ont pris naissance, soit d'après la manière particulière dont le lambeau réparateur est confectionné et appliqué. Ainsi, la méthode la plus anciennement connue porte le nom d'*autoplastie indienne* ou *autoplastie par torsion*; on appelle *autoplastie italienne* ou par *transplantation* une méthode qui compte aujourd'hui ses principaux partisans en Allemagne. Les méthodes les plus modernes et sur lesquelles j'aurai le plus à m'étendre sont : la méthode qu'on appelle *française* ou par *déplacement*, et deux méthodes plus nouvelles que j'ai introduites moi-même dans la science, et que j'appellerai : 1^o *méthode par glissement*, et 2^o *méthode par renversement*.

Dans un ouvrage récent (1), on trouve mentionnée comme constituant autant de méthodes ou de procédés opératoires généraux, l'*autoplastie par roulement du lambeau*, par *migration successive du lambeau*, par *dédoublément*

(1) Blandin. *Autoplastie*, 1836.

d'une partie, par soulèvement, par inversion ou par doublement du lambeau, par collement primitif et section secondaire du pédicule, par agglutination secondaire du pédicule, par enfoncement de la peau, etc. Mais en réalité, ce ne sont là que des modifications particulières qui rentrent toutes dans les méthodes générales mentionnées plus haut.

En admettant les divisions ci-dessus énumérées, je dois m'inscrire contre les classifications établies dans *la chirurgie de M. Dieffenbach*. Les difformités qui exigent l'autoplastie sont divisées, par le chirurgien de Berlin, en celles qui ne peuvent être réparées qu'à l'aide d'un lambeau pris dans une région éloignée, et celles qui sont racotrées avec les restes mêmes de l'organe mutilé. Voici les termes dont il s'est servi pour représenter les variétés dans l'application de ces lambeaux : 1° *adplantation* ; 2° *surplantation* ; 3° *sous-plantation* ; 4° *implantation*.

Par *adplantation*, il désigne la formation d'un lambeau pris dans l'organe mutilé.

Par *surplantation*, la réparation d'un organe déformé par des cicatrices vicieuses ou altéré par des ulcérations qui affectent seulement la peau, à l'aide d'un lambeau cutané.

Par *sous-plantation*, il désigne un lambeau

qui plus tard sera dépourvu de son épiderme et qui doit servir de soutien au reste de *l'organe primitif*. On ajoute que le lambeau lorsqu'il a pris racine doit perdre des petites portions de sa face épidermique. Sans cesse les bords saignans doivent être rapprochés. « On ramène les morceaux de l'organe mutilé jusqu'à ce qu'ils soient en contact. »

Par *implantation*, M. Dieffenbach entend la réparation d'une petite partie d'un organe en couvrant la *brèche* avec un lambeau proportionné (« en implantant un petit lambeau. » Dieffenbach).

En rappelant ces opinions et ces termes, j'ai eu pour but de ne rien omettre de ce qui a été fait par des hommes considérables. Mais en réalité, derrière ces termes nouveaux, il n'y a rien qui corresponde soit à des méthodes, soit à des vues réellement utiles. Ce sont des mots obscurs qui chargent la mémoire sans servir à la pratique.

Je crois inutile de dire que l'autoplastie dans son ensemble n'était jusqu'ici qu'à l'état de fait, d'observation. Aussi, dans les annales de la science, dans les ouvrages publiés jusqu'à ce jour, ne trouve-t-on que réunies d'une manière souvent fort confuse, des notes, des faits et des pro-

cédés, des matériaux en un mot propres à diriger le lecteur dans une même route; mais sans lui faire embrasser la science d'un seul coup-d'œil, sans lui montrer son degré d'importance, tout en lui prouvant son utilité, et surtout sans frapper son esprit d'aperçus généraux qui donnent la clef d'une doctrine. Comment comprendre sans une généralisation préalable, l'ensemble de tous ces matériaux épars? Pour entrer dans les spécialisations, il est nécessaire et indispensable d'avoir une idée de l'ensemble.

Cette méthode n'est-elle pas indispensable au géographe, lorsqu'il veut donner une idée parfaite d'une contrée? C'est cette marche qui nous a permis de décrire les phénomènes mystérieux qui se passent entre deux surfaces saignantes mises en contact, et les changemens qui s'opèrent dans les parties réparatrices et réparées. C'est à la faveur de cette méthode, qu'il nous a été permis d'exposer les fonctions des tissus anaplastiques. Déjà Hunter, Graefe, Dieffenbach, Chélius, s'étaient occupés avec zèle, ardeur, mais pas toujours avec bonheur, de certaines investigations anatomiques et physiologiques. Il ne restait pas moins beaucoup de questions à traiter, beaucoup de points à éclaircir, beaucoup d'erreurs à corriger.

Je laisse au lecteur et au temps à faire la part de mérite qui revient à chacun.

Je crois devoir dire ici quelques mots sur une question qui sera longuement traitée. On verra que nos recherches sur le renouvellement de la sensibilité dans les lambeaux autoplastiques, nous ont conduit à repousser cette vieille idée physiologique par laquelle il était admis que nul mouvement et nulle sensibilité ne pouvaient exister sans la reproduction réelle de la substance nerveuse. Cette opinion ayant été une fois proclamée, tous les médecins se sont efforcés de la rendre évidente par des recherches *de visu*, et par la découverte de la reproduction de la substance nerveuse. Pourtant il est demeuré du doute dans les esprits sévères, et on n'a pas manqué de se demander pourquoi la matière nerveuse se reproduisait plutôt que la substance musculaire qui, une fois détruite, ne reparait jamais. C'est une question grave que celle-là; car, il tombe sous le sens que tous les organes et les tissus complexes ne se reproduisent jamais, et qu'ils se réparent incomplètement, ainsi que nous l'avons dit dans un mémoire lu à l'Institut, sur la régénération des trames organiques dans l'homme et dans les animaux.

De nombreuses expériences sur différens ani-

maux, aussi bien sur les petits que sur les grands quadrupèdes, ne m'avaient rien appris relativement à la reproduction nerveuse. J'avais seulement constaté que l'extrémité centrale du nerf correspondant au tronc se renflait, et que l'extrémité opposée ou périphérique s'atrophiait. La plus minutieuse attention n'a pu me faire découvrir dans leur intervalle qu'une substance homogène, fibro-celluleuse, soit que j'exposasse le nerf à la macération, soit que je l'examinasse minutieusement, avec le scalpel. Des recherches confirmatives des miennes ont été faites par un chirurgien plein de mérite, M. Richet. Le microscope n'a pu lui faire découvrir aucune matière nerveuse. Notre savant ami, le professeur P. Bérard, n'a pas été plus heureux.

Pourquoi donc vouloir que la nature n'ait qu'une manière d'accomplir ses fonctions, et pourquoi vouloir que la sensibilité et le mouvement dérivent inévitablement de la reproduction de l'organe en entier?

Les recherches de quelques physiologistes et de savans philosophes n'ont-elles donc pas démontré que les choses peuvent se passer autrement? Les expériences physiologiques de Breschet et de M. Brachet ont prouvé qu'en rétablissant la continuité du nerf pneumo-gastrique divisé,

même au moyen d'un lien métallique, on permettait aux fonctions de l'estomac de s'accomplir. Il en est de même du travail de l'illustre Humboldt qui a incontestablement mis hors de doute la transmission du fluide électrique par le tissu cicatriciel. Le fluide nerveux se transmet donc au travers d'une substance intermédiaire, et nos recherches ont ceci de puissant que l'on voit les fonctions nerveuses se rétablir dans une île de chair sans continuité nerveuse. Je sais bien que l'on a avancé que cela ne se pouvait pas, et qu'il fallait qu'un produit nerveux se créât pour que la chose eût lieu ; mais ceci n'est qu'une hypothèse et ne repousse en aucune manière ce que des expériences ont acquis à la science d'une manière durable.

Avant de quitter les questions préliminaires, je crois utile d'insister à la fois et sur les soins que le chirurgien doit apporter dans les opérations autoplastiques, et sur les dispositions morales qui lui sont indispensables à lui-même. Dans aucun cas, les qualités nécessaires au médecin opérateur, la patience, le sang-froid, la main sûre, etc., ne sont plus impérieusement requises, que lorsqu'il s'agit d'autoplastie. Il faut ici non-seulement une patience inébranlable ; mais encore un courage actif et invariablement

soutenu pendant toute la durée d'une opération : et quiconque ne se sent pas d'avance ces dispositions, s'abstiendra de pratiquer les opérations autoplastiques. Ce qui est le plus capable de faire reculer ce n'est point la vue d'une vaste plaie, et du sang qui s'échappe de larges surfaces en inondant les assistans et l'opérateur; mais n'a-t-on pas lieu de s'effrayer davantage lorsqu'on songe au temps que doit durer l'opération, aux soins minutieux qu'il faut mettre à la pratiquer, à l'attention soutenue et fatigante qu'elle exige de la part du chirurgien et des aides, et au mode opératoire toujours compliqué en lui-même. C'est une surface que l'on ravive, c'est un lambeau mesuré par l'œil ou par un patron, c'est une suture qu'il faut appliquer, c'est un pansement régulier, méthodique et artistement fait qui convient, ce sont des ligatures, des dissections et des soins de tous les instans pour parvenir à une perfection aussi complète que possible dans le mode de réparation. Je ne parle pas des tâtonnemens, des minuties qu'il faut apporter dans chaque temps de l'opération, pour éviter de détruire les élémens de nutrition et pour éviter la torsion du pédicule. Ce n'est pas tout que de façonner en artiste un lambeau; car, il faut encore l'élever, pour ainsi dire le

mouler sur les parties pour éviter sa déformation pendant qu'il prend racine dans son nouveau domicile. Il ne faut rien de plus rien de moins que toutes ces qualités pour prévenir l'insuccès et obtenir un résultat aussi satisfaisant que possible.

Au reste, lorsque le chirurgien voit le moyen de réparer une difformité et de débarrasser le malade d'une altération qui compromet sa vie, il doit ne se préoccuper et ne prendre souci que de sa conscience, sans songer aux inimitiés qui l'attendent et lui préparent souvent pour récompense la calomnie et l'injure.

Voici l'ordre que je suivrai dans ce travail. Après avoir exposé aussi brièvement que possible l'histoire de la chirurgie plastique, j'aurai soin de donner un aperçu sur l'ensemble de l'autoplastie, et d'éclairer le lecteur sur les méthodes avant de l'occuper des procédés qui découlent de chacune d'elles et doivent varier dans leur application suivant la nature de l'altération, sa forme, son étendue et son siège. Cette manière de procéder préviendra les répétitions et évitera d'entrer dans des considérations trop abstraites.

Je ne veux pas oublier de mentionner ceux des auteurs modernes auxquels j'ai fait des emprunts : ainsi, j'ai profité de la thèse de con-

cours de M. Blandin, auquel la chirurgie plastique est très redevable; de l'important *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau; des curieuses recherches de M. Martinet (de la Creuse); de celles de M. Roux (de Saint-Maximin); et des ouvrages classiques de chirurgie de M. Bégin, inspecteur-général du service de santé des armées, et de M. Vidal (de Cassis), chirurgien des hôpitaux. Je dois mentionner encore les travaux remarquables et dogmatiques de Delpech et de M. Serre (de Montpellier) dont l'esprit investigateur et le zèle le placent au premier rang parmi les hommes qui cultivent notre profession. Je serais injuste enfin si j'oubliais le professeur Lallemand (de Montpellier), qui, un des premiers, a mis en usage en France la méthode dite française. Je ne peux passer sous silence M. le docteur Amédée Forget, médecin distingué et laborieux, dans les travaux duquel j'ai puisé plusieurs observations intéressantes.

On trouvera dans mon travail une foule d'observations à l'appui de ce que j'avance sur les méthodes et les procédés opératoires, et particulièrement sur mon nouveau procédé pour guérir la grenouillette, sur les difformités par brides, sur les anus contre nature, sur la blépharoplastie, l'ophrioplastie, les fistules uré-

thrales, les fistules vésico-vaginales, etc. Cela était nécessaire pour résoudre des questions insolubles sans cela. Ces observations offrent en général tous les détails désirables. C'est sur elles que je me suis toujours basé pour détruire un principe mal fondé, ou combattre une erreur accréditée.

Certaines de ces observations ont été recueillies sous ma direction par plusieurs de mes internes et surtout par M. Rozé, dont je me plais à reconnaître le zèle et l'instruction. Je citerai également MM. Niobey, Dionis, Racle aîné et deux médecins de mérite, MM. les docteurs Laurès et Laborie. Toutes ces observations ont été corrigées et revues par moi-même.

Je n'oublierai pas ici un jeune médecin dont on apprécie l'intelligence, la haute portée philosophique et l'habileté, M. le docteur Théophile Roussel, qui a bien voulu recueillir pour moi plusieurs observations et m'aider dans mes recherches anatomiques.

Il m'est impossible de finir sans remercier un médecin des hôpitaux, d'un talent reconnu, M. le docteur Vernois, qui m'a aidé dans mes expériences, et M. Colin, mon ancien interne.

La publication de cet ouvrage a été retardée par de douloureux événements, la sanglante lutte

de juin m'enlevant à-la-fois ma liberté matérielle et ma liberté morale. Au milieu de tant de malheureux à panser et de tant de préoccupations de toutes sortes, le travail de cabinet si difficile alors pour tout le monde était devenu je l'avoue, tout-à-fait impossible pour moi.

TRAITÉ

DE

CHIRURGIE PLASTIQUE.

PREMIÈRE PARTIE.

Historique.

L'ORIGINE de l'autoplastie se perd dans l'obscurité des temps anciens, comme celle de presque tous les arts utiles. On admet généralement qu'elle a pris naissance dans l'Inde, et qu'elle a été inventée comme une sorte d'adoucissement à la barbarie des lois qui condamnaient fréquemment à la mutilation et particulièrement à la perte du nez. C'est ainsi qu'on explique comment la rhinoplastie a, pendant tant de siècles, constitué à elle seule presque toute l'autoplastie.

Outre la méthode par *torsion*, connue sous le nom de *méthode indienne* proprement dite, on employait

encore dans l'Inde une méthode autoplastique sur laquelle se sont élevées beaucoup de discussions. On a prétendu qu'avant de songer à refaire le nez à l'aide des parties molles du front, on a eu recours d'abord à la transplantation de parties molles empruntées à la fesse; d'autres ont contesté non-seulement la réalité de ce fait, mais encore sa possibilité. Il faut avouer que les partisans de cette dernière opinion se sont beaucoup plus livrés aux raisonnemens qu'à l'examen attentif des textes qui leur auraient au moins commandé le doute; et sans insister sur ce point, je me bornerai à rapporter le fait suivant en m'appuyant sur l'autorité de M. Dutrochet qui le tenait de son beau-frère, général des troupes du prince maratte, Schindiah : « Un sous-
« officier des canoniers de l'armée que je comman-
« dais (c'est le général qui parle) avait été pris en
« haine particulière par un officier supérieur; celui-ci
« profita d'une faute légère de ce sous-officier pour
« lui faire couper le nez. On était alors en campagne,
« et ce malheureux mutilé fut obligé de continuer
« son service sans pouvoir faire restaurer son nez.
« Ce ne fut qu'un certain temps après, lorsque la
« plaie commençait déjà à se cicatriser, qu'il fut
« possible de faire pratiquer cette opération par des
« Indiens en possession de ce procédé. Les opérateurs
« débutèrent par rafraîchir la peau du nez; ils choi-
« sirent ensuite un morceau de la fesse qu'ils frap-
« pèrent à coups redoublés de pantoufles jusqu'à ce

« qu'il fût bien tuméfié. Alors ils coupèrent en cet
« endroit un morceau de peau et du tissu sous-jacent
« de la grandeur et de la forme de ce qui manquait
« au nez; ils l'appliquèrent sur ce dernier et l'y
« fixèrent solidement. Cette espèce de greffe animale
« réussit à merveille. J'ai eu long-temps à mon service
« cet homme après l'opération, et il n'était pas défi-
« guré; il ne lui restait d'autres traces de mutilation
« qu'une cicatrice visible autour de la greffe. »

Cette méthode se rapproche beaucoup évidemment de la méthode italienne, sans toutefois se confondre avec elle. Je démontrerai plus loin qu'il n'existe historiquement aucune filiation entre ces deux méthodes, qu'il importait tout d'abord de séparer, bien que la méthode indienne par transplantation ne présente plus en réalité d'importance pratique. Je renvoie du reste aux expériences et aux observations qui seront rapportées dans la deuxième partie de cet ouvrage, pour démontrer plus complètement non-seulement la possibilité, mais encore la réalité des faits d'autoplastie par transplantation sans pédicule, c'est-à-dire par une *véritable greffe animale*.

En Occident, Celse est le premier auteur qui ait mentionné l'autoplastie, et je n'hésite pas à dire que Sprengel me paraît avoir mal compris le passage dans lequel il prétend que ce grand écrivain a décrit le rapprochement des lèvres d'une plaie mises en contact: il est évident que Celse parle de la réparation des pertes de substance du nez et des lèvres. J'ajoute que

l'interprétation de Sprengel est réfutée par l'autorité de Galien qui, à l'occasion du procédé de Celse, parle de *perte de substance* et non de *fente*.

Galien parle en outre de l'autoplastie appliquée aux organes génitaux, particulièrement à la réformation du prépuce, et nous voyons Paul d'Ægine revenir sur ce point sans parler d'aucune autre application de l'autoplastie.

Les chirurgiens arabes furent très inférieurs aux Romains sous le rapport de l'autoplastie : voici tout ce qu'on trouve à ce sujet dans les écrits du plus célèbre de ces chirurgiens, Albucasis : j'emprunte ce passage à la traduction latine de Jean Channing : « *De sutura naris et labii et auris : quando solvitur continuitas eorum vel a vulnere, vel sine vulnere : scias quod quando acciderit solutio continuitatis in uno ex his cartilaginibus, in illis curatio, nisi in paucis hominibus. Quando igitur acciderit alicui res hujusmodi, aspice, et si sit vulnus recens, labia vulneris sutura abducas* (¹). »

Les arabistes et les chirurgiens du moyen âge n'étaient guère plus avancés que les Arabes. Lanfranc niait résolument la possibilité de replacer et de faire reprendre le nez, et traitait d'imposteurs ceux qui soutenaient une opinion contraire.

Pierre de la Serlata et Roger partageaient ce sentiment contre lequel s'élevait cependant Theodoric

(¹) Albucasis. *De chirurgia* : arabice et latine, edidit J. Channing. Oxonii, 1778, t. I, lib. II, p. 479.

de Cervia. Enfin le plus illustre des arabistes, Gui de Chauliac, écrivait, en 1362, les lignes suivantes à l'article des plaies du nez : « Si le nez est cheu du tout, il ne peut plus être réuni, car la réunion est impossible parties organiques qu'oyque dient les jaseurs ('). »

C'est par l'empirisme et non par la chirurgie savante que l'autoplastie a été ramenée dans la pratique. Il est certain que, dans le siècle qui suivit celui de Gui de Chauliac, on refaisait des nez ou d'autres parties du visage avec la peau du bras. Je n'ai pas besoin de rappeler ce que dit Sprengel des opérations que pratiquait le Sicilien Branca ('). Une lettre du poète Calentius, qui se rapporte à l'an 1480 environ, contient encore une mention curieuse de la réparation du nez telle qu'on la pratiquait alors.

Le procédé dont la famille des Branca resta longtemps en possession, et qui fut, dit-on, modifié par le fils du premier de ces opérateurs, était-il une invention nouvelle? Était-ce, comme Carpue et Graefe l'ont supposé, l'ancien procédé indien transmis par l'entremise des Arabes et à la faveur des relations de ces derniers avec les Espagnols et les Italiens? ou bien encore faut-il penser avec Sprengel que c'était, en effet, le procédé indien, mais transmis par les mis-

(') *La Grande Chirurgie*, trad. de Joubert, p. 292.

(') L'évêque de Lucera, Pierre Ranzano, dit, dans un manuscrit que l'on trouve dans la Bibliothèque des Dominicains à Palerme, que Branca était continuellement consulté par des mutilés qui lui venaient de toute part.

sionnaires catholiques? On peut opposer à cette dernière opinion que la rhinoplastie n'a été mentionnée dans aucune des relations des missionnaires de l'Inde, de même que l'on peut objecter à tous ceux qui s'obstinent à faire dériver cette opération de l'Inde, que les Branca fabriquaient le nez avec la peau du bras et non pas avec la peau du front comme les Indiens, ni avec la peau de la fesse complètement séparée.

De Sicile, la rhinoplastie par transplantation passa en Calabre où Vincent Vianco ou Bojano acquit le premier une grande réputation comme réparateur du nez. Son neveu Bernardin Vianco, qui vivait à Tropea, continua sa pratique, et l'on peut voir dans Alexandre Benedetti la description des moyens dont se servaient les Calabrais.

On commençait par disséquer la peau du bras avec le bistouri; on scarifiait les narines, et l'on attachait le bras à la tête afin de mettre les deux surfaces saignantes en contact; lorsque l'adhésion était complète, on coupait autant de peau qu'il était nécessaire. Le nez, suivant Alexandre Benedetti, supportait difficilement un hiver rigoureux.

Fallope et Vésale ont parlé de la manière de réparer les nez aux dépens du bras, et se sont élevés contre cette opération. Ils se sont, au reste, trompés lorsqu'ils ont dit qu'on se servait des fibres du muscle biceps pour cette réparation.

Vers la fin du xvi^e siècle, Jean-Baptiste Cortesi,

parcourant la Calabre, ne trouva dans ce pays aucun des Vianco; cette famille était éteinte et le procédé était oublié. Mais vers la fin de ce même siècle, Gaspard Tagliacozzi pratiquait avec honneur à Bologne l'art de restaurer les nez.

On s'est demandé si le chirurgien bolonais avait inventé lui-même le procédé qu'il mettait en usage, ou s'il ne le tenait pas des praticiens calabrais ou siciliens? Il est difficile de se prononcer. Tout porte à croire cependant que les travaux de ces derniers ne pouvaient point avoir été complètement oubliés. On disait que Tagliacozzi pratiquait une incision dans l'épaisseur du bras et qu'il y enfonçait le moignon du nez : Jérôme Mercuriali avait émis cette assertion, mais Tagliacozzi s'en plaignit, et dans une lettre adressée à Mercuriali, il assure que loin de fabriquer le nez avec les chairs du bras, il se sert exclusivement de la peau pour réparer la perte de substance.

Ambroise Paré (1) semble partager l'erreur des contemporains de Tagliacozzi, qu'un chirurgien

(1) Ambroise Paré s'exprime de la manière suivante sur la rhinoplastie dans un passage ayant pour titre : *Moyen de contrefaire un nez par artifice* : « Telle chose n'est impossible ; toutefois me semble fort difficile et onéreuse, au malade, tant pour la peine de tenir la teste liée longtemps avec le bras, que pour la douleur des incisions faites aux parties saines, coupant et eslevant portion de la chair du bras pour former le nez, Joinct aussi qu'icelle chair n'est de telle température ny semblable à celle du nez : et pareillement estant agglutinée et reprise, ne peut jamais estre de telle figure et couleur que celle qui estoit auparavant à la portion du nez perdu (*OEuvres complètes*, nouv. édition, Paris, 1840, t. II, p. 606).

d'Italie refaisait des nez en faisant une fosse dans le muscle biceps brachial, où il faisait pénétrer le moignon du nez qui était ainsi maintenu dans la même position pendant quarante jours. Cette opinion erronée était encore partagée par Juncker qui combattait la rhinoplastie en disant que les fibres charnues empruntées au bras ne pouvaient se nourrir, puisqu'elles étaient placées en travers. Enfin Burmann, bien qu'il eût vu la rhinoplastie réussir, pensait encore que l'on coupait en travers les fibres charnues. Tagliacozzi fit paraître à Venise, en 1597, un ouvrage dans lequel il exposa son procédé et ses travaux (').

« On peut restaurer, dit Tagliacozzi, la lèvre inférieure en détachant le pont de tégumens à l'extrémité inférieure du bras. »

Il ajoute que s'il faut réparer l'oreille, c'est avec la peau du cou et non du bras qu'on le fait.

La pratique de Tagliacozzi ne se répandit pas beaucoup en Italie; ainsi Fabrice d'Aquapendente, son contemporain, dit que l'on peut restaurer le nez avec le bras; mais qu'il ne peut rien dire par expérience: et dans un autre passage, le même auteur avance que peu de personnes voudront se soumettre à une semblable opération.

Jean André Delacroix repoussait l'opération de Tagliacozzi sous prétexte que les tissus sont trop

(') *De curtorum chirurgia per incisionem. Venetiis, 1597, in-fol.*

dissemblables pour se réunir. Il disait qu'un nez qui tient encore par de la chair peut se réunir ; mais la réunion lui paraissait impossible, le nez étant complètement séparé.

Fabrice de Hilden parle d'un succès complet de reformation de nez, obtenu, en 1592, par un chirurgien de Lausanne, nommé Griffon, par le procédé de Tagliacozzi. Il s'agissait d'une jeune fille qui avait eu le nez emporté par une morsure. Griffon répara si complètement la perte de substance que onze ans après on pouvait à peine distinguer la cicatrice. Seulement par un froid violent, au bout de vingt ans, le nez devint encore bleuâtre.

Jean-Baptiste Cortesi, contemporain de Tagliacozzi, donne une description détaillée des instrumens de ce médecin, et dit qu'il a plusieurs fois pratiqué cette opération.

Je ne citerai pas Alexandre Real qui connaissait parfaitement les travaux de Tagliacozzi et qui attachait à cette opération une haute importance ; ni Philippe Salmuth qui paraît avoir pratiqué cette opération plusieurs fois.

En France, un illustre contemporain d'Ambroise Paré, P. Franco, eut l'idée d'appliquer l'autoplastie pour réparer une perte de substance de la face. Nous sommes loin de partager l'opinion émise par un de nos habiles confrères qui ne voit dans ce fait qu'une réunion par suture ; et pour prouver qu'il s'agit, au contraire, d'une opération autoplastique, il

suffit de rapporter le passage de Franco, qui mérite à bien des égards d'être rappelé.

Voici ce passage : « Un certain personnage nommé
« Jacques Janot de Sauagny, près de Neufchastel sur
« le lac en Suysse, eut un catarre qui luy descendit
« en la joue, et n'y eut ordre que le dict catarre ne
« vint à s'estiomener, et corrompre tellement la
« partie, que la joue tombast, au moins la plus
« grande partie, et de la mandibule de dessous et
« dessus et fust pansé longtems d'un chirurgien
« lequel n'y peut rien faire sinon l'incarner.

« Or le dict vlcère estoit grand et print bord à
« l'enuiron et estoit ronde de sorte qu'un œuf d'oye
« y eust passé. Dont les deux mandibules estoyent
« desnues de chair, et n'y avoit point de dents de ce
« coste. Il falloit que cest homme portast une bende
« de cuir, et autres choses pour empescher qu'en
« mangeant la viande ne se perdit, combien que pour
« cela il ne peut empescher qu'il ne sortit toujours
« quelque chose du boire et du manger. Par quoi ne
« s'osoit trouver en bonne compagnie d'autant que la
« salive couloit toujours par là, et étoit en grande
« peine de boire et manger. Aussi pour ce que la bende
« estoit attachée sur la teste assez ferme, elle empes-
« choit d'ouvrir la bouche, or demoura en cette sorte
« l'espace de sept à huit ans.

« Ayant beaucoup cherché, et en plusieurs lieux
« pour y remédier, il ne trouva aucun qui voulût
« mettre la main, ains lui donnoient à entendre qu'il

« estoit incurable, car on n'y pouvoit engendrer
« chair ni approcher les labies parceque le pertuis
« estoit rond et grand. Il advint que je pansois là
« auprès des hernies, et bouches fendues et pierres.
« Voyant ces cures et principalement des bouches
« fendues, il me vint parler et montrer sa maladie.
« L'ayant bien auisée lui dis que ie le guariray aidant
« notre Seigneur. Alors il me dit qu'il l'avoit montré
« à plusieurs maistres et que iadvisasse bien devant
« qui mettre la main. Ce à quoy ie m'accorday ne
« lui demandant rien que premièrement ne fût guarý.
« Pour venir à la cure ie fis situer le patient contre
« yn aix à demi droit et luy attachay les cuisses contre
« le di aix sans autre chose. Ie conseille toutefois
« de les bien attacher. Et auois mes cautères au feu
« tous près dedans un bassin et braise pour m'en
« servir puis après. Alors ie prins un petit rasoir ou
« escarpelle et coupis le bord ou cuir tout à l'enui-
« ron; après ie fendis la peau contre l'aureille et
« contre l'œil et contre la mandibule inférieure, tout
« ce que ie cagneu être expédient en gardant toujours
« de couper par trop avant, pour ne faire plus grand
« dommage à la partie et de ne couper les muscles
« de travers. Puis couppis au dedans de la chair tout
« à l'entour contre l'aureille et l'œil, bref tout à
« l'entour tant que ie peu, encore les labies ne se
« pouuoient assembler.

« A donc ie couppis la chair de rechef au dedans
« de travers et de long en deschiquetant, me gardant

« toutes fois que ne vinssent au dehors ; car il ne fal-
 « loit point couper le cuir et quand il y avoit flux ou
 « quelque veine qui fluoit, ie la cautérisois avec les
 « cautères susdits. Et ainsi alongis mes pièces ou
 « labies, et furent assemblées. Là où iappliquai in-
 « continent sept aiguilles enfilées comme a este
 « monstre es leures fendues, et au bout de quatre
 « ou cinq jours en tombèrent trois, et n'y en fallut
 « mestre d'autres pour ce que les labies tiroient. Or
 « j'vsay de compresses ou coussinets avec bâtons ou
 « bandes tout à l'entour pour faire venir la chair de
 « toutes parts à la partie comme avons dit des leures
 « fendues, afin que la chair ne se rompis et les aiguilles
 « ne tombassent. Car sans grande violence et moyen
 « de mener la chair ou cuir au lieu ie n'eusse rien
 « aduancé.

« Je mis aussi un linge mouillé en oxication
 « dessus, et puis me restraints à ce qu'ils ne se
 « prinsent contre les aiguilles ; et le guaray en ceste
 « sorte dedans quatorze jours. Aucuns disoyent que
 « la ioue tireroit et qu'il ne pourroit ouvrir la bouche ;
 « mais la chair y abondait autant qu'il fut besoing et
 « a mis barbe dessus tellement qu'il se cognoit bien
 « peu ⁽¹⁾. »

Les chirurgiens du xvii^e et du xviii^e siècle n'ajoutè-
 rent presque rien à l'autoplastie. En France, Dionis

(1) *Petit traité contenant une des parties principales de chirurgie,*
 laquelle les chirurgiens exercent, p. 422, art. Traité des dents de
 lièvre. MDLVI.

regardait comme impossible la réparation du nez , et, comme mensongères, les observations de rhinoplastie dont parlaient les auteurs : « Je crois, disait-il, ces histoires apocryphes, et je les prends plutôt pour des contes faits à plaisir que pour des faits véritables ('). » Lafaye ajoutait, pour fortifier cette opinion, qu'il avait essayé en vain de faire reprendre le nez des animaux après l'avoir enlevé.

De La Vauguyon partageait encore l'erreur contre laquelle Tagliacozzi s'était élevé, en avançant que pour réparer le nez il fallait enfoncer le moignon ravivé dans une incision faite au bras, et tailler un lambeau de chair lorsque l'adhérence était établie. Mauquest de Lamotte, tout aussi injuste et aussi mal instruit, allait jusqu'à dire que la blessure faite aux muscles amenait la paralysie.

En Belgique, Van Helmont écrivait sérieusement qu'un habitant de Bruxelles, qui avait eu le nez refait à Bologne, par Tagliacozzi, eut le malheur de perdre son nez au moment même où mourut le portefaix qui avait prêté son bras pour cette opération.

En Allemagne, Heister niait encore la possibilité de la rhinoplastie, et la véracité des récits qu'on faisait à cet égard.

Cependant, au milieu de ces opinions défavorables à la rhinoplastie, opinion que professaient encore des chirurgiens d'une époque plus rapprochée de nous, tels que Thomas, Fitz Maurice, Frédéric Boerner,

(') *Cours d'opérations de chirurgie*. Paris, 1740, p. 589.

G. Heurmann, Desault, Chopart ⁽¹⁾, Richter ⁽²⁾, J. Hunter ⁽³⁾, Petit Radet, et jusqu'à M. Richerand lui-même, quelques hommes tels que Jean Salzman et Charles Musitanus s'étaient déclarés pour une opinion contraire. Musitanus ⁽⁴⁾ avait même prouvé par l'observation que le nez refait adhéraient fortement et jouissait d'une grande vitalité. Rosen de Rosenstein et A.-J.-B. Dubois furent très partisans de l'opération tagliacosienne. Reneaulme de la Garanne modifia, dit-on, le procédé de Tagliacozzi, en faisant en même temps le ravivement du nez et la coaptation du lambeau, et l'on sait que Graefe a réussi de cette façon.

Ce n'est qu'en 1794 qu'on a eu connaissance, d'après la publication qu'en fit un journal de Madras, d'une nouvelle méthode de refaire le nez. Il y était dit qu'un artiste de Pvonah avait fait un nez aux dépens du front d'un Indien, qui avait perdu le nez normal par ordre du sultan Tipoo. Le nez fabriqué distinguait

⁽¹⁾ Desault et Chopart soutinrent qu'une prothèse artificielle était préférable au raccôutrement tagliacosien (*Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*. Paris, an iv, t. I, p. 182).

⁽²⁾ A.-F. Richter était d'avis que l'on remplaçât un nez qui était séparé par accident, mais il dit que l'opération tagliacosienne est à rejeter à cause des douleurs qu'elle détermine, et parce qu'ensuite la réparation est difforme et incomplète.

⁽³⁾ *OEuvres complètes*, trad. par G. Richelot. Paris, 1843, t. III, p. 290.

⁽⁴⁾ Musitanus rapporte à ce sujet qu'un gentilhomme chez lequel on avait refait un nez pour réparer une perte de substance produite par un duel, n'osait se moucher dans la crainte de l'arracher; mais on démontra que ces craintes étaient mal fondées en tirant fortement sur le nouveau nez.

les odeurs et permettait de se moucher, tant sa solidité était grande. Thomas Pennant fit savoir en Angleterre qu'on détachait la peau et les muscles du front par trois incisions et qu'on suppléait à la cloison par une invention quelconque; Thomas Findlay et Jacques Cruso, qui, à Bombay, virent pratiquer cette opération, la racontèrent à-peu-près comme Thomas Pennant, mais avec plus de précision. Voici comment agissait le chirurgien de Bombay, qui raccoûtait les nez :

« Le Maratte, dit Sprengel, figurait avec une plaque mince de cire, un nez qu'il appliquait sur le moignon; ensuite il aplatissait le modèle, le collait renversé sur le front, et taillait, en suivant ses contours, un lambeau de peau qui ne tenait qu'à un étroit pédicule entre les deux yeux; alors il détruisait la cicatrice du moignon, pratiquait, au haut de la lèvre supérieure, deux incisions pour les ailes du nez, retournait le lambeau frontal, l'ajustait avec soin, et fixait tant les parties latérales que les ailes et la cloison avec des ligatures. Quant à la plaie, il la traitait avec diverses substances terreuses et grasses, et, vingt jours après l'opération, il excisait le pont-ménagé à la racine du nez. Ces nez artificiels, disent les rapporteurs, sont très solides, et diffèrent peu des nez naturels. La cicatrice du front s'aperçoit à peine au bout de quelque temps (1). »

La nouvelle méthode indienne fut pratiquée à Lon-

(1) *Histoire de la médecine*, trad. par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1820, t. VIII, p. 495.

dres, en 1803, par un chirurgien nommé Lucas. Le résultat ne fut pas heureux. Carpue, auquel nous devons d'importans renseignemens sur la rhinoplastie et sur les pratiques des Indiens, s'attache ensuite à cette opération, et, après avoir fait de nombreux essais sur le cadavre, la mit à exécution, en 1814, sur un homme qui n'avait plus de cloison, de pointes et de cartilages du nez, détruit par l'action du mercure ('). Il commença d'abord par modeler un nez en cire sur le moignon, l'appliqua aplati et renversé sur la peau du front, afin de pouvoir tracer sur sa circonférence la forme du lambeau. Il sacrifia le moignon nasal, incisa la lèvre supérieure, pour admettre la cloison et bientôt il put détacher le lambeau du péri-crâne, le renverser et le maintenir en place, parfaitement ajusté sur le moignon du nez et de la cloison; des points de suture et des bandelettes agglutinatives servirent à maintenir en contact les surfaces saignantes; à son tour la plaie du front fut réunie. En trois jours la réunion était obtenue, et le sixième, les ligatures furent supprimées. Au bout de quatre mois, Carpue coupa le pédicule du lambeau, et s'il faut croire l'opérateur, le nez artificiel ressemblait assez bien au nez naturel.

Au reste, ce chirurgien distingué pratiqua une seconde opération du même genre qui ne fut pas aussi heureuse.

(') *An account of two successful operations for restoring a lost nose from the integuments of the forehead*, London, 1816, in-4°, fig.

C. - F. Graefe ne connaissait pas les travaux de Carpue lorsqu'il pratiqua l'opération tagliacosienne à Berlin, en 1816; mais l'année suivante il pratiqua une rhinoplastie par le procédé indien au même instant où Reiner le mettait aussi en pratique à Munich. Ce dernier avait assisté à la seconde opération pratiquée par Carpue en Angleterre.

Graefe critiqua la méthode indienne en ce qu'elle laisse une cicatrice difforme à la partie antérieure du front, et il en fit autant à l'égard de la méthode italienne, qu'il regarde avec raison comme trop longue. Il corrigea celle-ci en appliquant le lambeau sur le moignon immédiatement après l'avoir taillé aux dépens du bras. Graefe donna à cette modification de la méthode italienne le nom de *méthode allemande* (*). En réalité, ce nom ne convient pas, puisque Graefe n'a fait qu'imiter Reneaulme de la Garanne. Graefe ne rejette ni la méthode indienne, ni la méthode italienne; mais il veut qu'elles aient leur mode d'application particulier. La méthode indienne est applicable au cas où les os du nez manquent; mais il faut que la peau du front soit saine et intacte. La méthode italienne est indiquée lorsque les individus sont forts et robustes. Par elle on évite la cicatrice du front.

Ainsi jusqu'au commencement de ce siècle, on voit l'autoplastie bornée à la réparation du nez. Tagliacozzi avait dit sans doute qu'on pouvait refaire une

(*) *De Rhinoplastice, sive Arte curtum nasum ad vivum restituendi commentatio*, etc. Berolini, 1818, in-4°, fig.

portion de lèvre avec la peau du bras, mais aucun de ses successeurs, pas même Carpue et Graefe, ne surent tirer parti de ces nouvelles applications. C'est à notre époque seulement qu'on a su généraliser l'autoplastie, et l'on doit citer Earle et Asthley Cooper comme étant sortis les premiers de la pratique ordinaire, et ayant appliqué l'autoplastie pour obtenir l'oblitération des fistules périnéales. En France, Delpech, Dupuytren, Roux (de Saint-Maximin), les professeurs Roux, Lisfranc, Larrey, Blandin, Velpeau, Gerdy, ont marché dans la même voie et étendu considérablement les applications de l'autoplastie; et s'il nous est permis de mentionner nos propres travaux, nous ajouterons que nous avons nous-même établi par les faits que l'autoplastie n'était pas seulement avantageuse pour réparer les pertes de substance extérieures, mais encore qu'elle seule permettait d'obtenir la guérison des perforations intestinales, vésicales, uréthrales, etc. La suite de cet ouvrage fera connaître beaucoup d'autres applications de l'autoplastie auxquelles nous avons été conduit dans notre pratique chirurgicale. Nous nous bornerons à dire ici quelques mots de l'histoire particulière de l'autoplastie par déplacement, de laquelle nous avons tiré de si heureux résultats: après Celse, dans les écrits duquel on en trouve les premières traces, et Franco qui en fit, comme on l'a vu, une intéressante application à la génoplastie, il faut arriver à Chopart pour voir cette méthode prospérer entre les mains des chirurgiens:

Chopart l'appliqua à la réparation de la lèvre inférieure; Larrey s'en servit ensuite pour réparer le nez d'un militaire qui s'était mutilé la face en voulant se donner la mort : la difformité fut corrigée presque complètement à l'aide du déplacement des parties de peau adhérentes de la région nasale que Larrey sépara à droite et à gauche et réunit sur la ligne médiane. C'est cette même opération qui fut pratiquée plus tard, à Paris, par M. Dieffenbach, sur un homme qui succomba dans le service de M. Bielt, et qu'on présenta à tort comme une opération du chirurgien de Berlin.

Mais l'autoplastie par déplacement doit encore à la chirurgie française de bien plus importantes recherches. C'est depuis les travaux de M. Lallemand (de Montpellier), de M. Roux (de Saint-Maximin) que MM. Roland, Lisfranc (¹), Gensoul, ont commencé à appliquer l'autoplastie par déplacement aux réparations de la face. Enfin il importe de noter que ce n'est que cinq ans après la publication des recherches de M. le professeur Roux, que M. Dieffenbach a fait son voyage à Paris.

Ce ne sont ni des préoccupations personnelles, ni un sentiment étroit de nationalité qui me font insister sur cette remarque : elle m'était commandée par le respect du droit et le sentiment de la justice. Lorsque les faits et les dates établissent si bien les titres de

(¹) *Mémoire sur la Rhinoplastie* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1843, t. II, p. 145).

chacun, il est pénible d'entendre répéter sans cesse, que les Allemands ont appris aux Français à généraliser la chirurgie plastique. A supposer que les uns aient été instruits par les autres, le contraire de ce qu'on ose dire et écrire encore aujourd'hui serait parfaitement vrai, ainsi que l'étude attentive des faits le démontre clairement.

Quant aux méthodes par *glissement* et par *renversement*, méthodes que nous avons introduites dans la chirurgie, elles seront suffisamment exposées dans la suite de cet ouvrage.

procédé opératoire, les soins que réclame le malade pendant et après l'opération, les accidents qui peuvent survenir; 2° les modifications organiques et physiologiques que subit le lambeau par suite des rapports qu'il contracte avec les nouvelles surfaces vivantes, et à étudier

DEUXIÈME PARTIE.

d'une manière spéciale les curieux phénomènes de l'établissement de l'action nerveuse dans les lambeaux autoplastiques; 3° enfin nous étudierons la migration et l'établissement du lambeau et les phénomènes de la réunion secondaire.

De la chirurgie plastique en général.

Avant de passer à l'exposition des diverses méthodes que comprend l'autoplastie et à l'étude des applications particulières, il importe d'envisager d'une manière générale cette partie de la chirurgie, et de l'examiner sous tous les points de vue qui peuvent éclairer la pratique. Ainsi, nous aurons à rechercher : 1° quels sont les cas qui réclament l'autoplastie; 2° quelles sont les préparations auxquelles il faut soumettre l'individu qui doit subir une opération autoplastique, et les parties sur lesquelles doit porter l'opération; 3° quelles sont les parties qui doivent entrer dans la composition du lambeau, quelle doit être sa forme, sa longueur, et la largeur de son pédicule; 4° nous examinerons ensuite les généralités du

procédé opératoire, les soins que réclame le malade pendant et après l'opération, les accidens qui peuvent survenir; 5° les modifications organiques et physiologiques que subit le lambeau par suite des rapports qu'il a contractés avec de nouvelles surfaces vivantes, et, dans ce chapitre, nous aurons à étudier d'une manière spéciale les curieux phénomènes du rétablissement de l'action nerveuse dans les lambeaux autoplastiques; 6° enfin nous étudierons la migration et l'ébarbement du lambeau, et les phénomènes de la réunion secondaire.

SECTION PREMIÈRE.

DES CAS QUI RÉCLAMENT L'AUTOPLASTIE.

L'intervention de la chirurgie plastique peut être réclamée d'une manière plus ou moins pressante et impérieuse, et les cas dans lesquels elle est le plus généralement indiquée sont les suivans : 1° Lorsqu'il s'agit de rendre à un organe la liberté de ses mouvemens et l'intégrité de son action; 2° de réparer une perte de substance; 3° de prévenir le retour d'une affection grave telle que le cancer, par exemple; 4° de s'opposer à l'écoulement de liquides dont la perte entraîne des suites plus ou moins fâcheuses.

CHAPITRE I^{er}.DE L'AUTOPLASTIE EMPLOYÉE A RÉTABLIR LE JEU RÉGULIER
DES ORGANES.

L'autoplastie est d'une incontestable utilité lorsqu'il s'agit de détruire des brides inodulaires formées à la suite de suppurations abondantes et prolongées, et qui, par leur action incessante, déforment les petites et les grandes articulations, et réduisent à une impuissance plus ou moins complète une partie ou la totalité d'un membre. Ce n'est qu'en réparant à l'aide d'un lambeau autoplastique la perte de substance, que l'on parvient à faire renaître les mouvemens et à redonner aux organes la liberté d'action qu'ils avaient perdue. Ces cas seront examinés dans leurs détails lorsque nous traiterons des réparations autoplastiques qui portent sur la peau seule, et ont lieu à l'aide d'un emprunt fait à cette membrane seulement.

CHAPITRE II.

AUTOPLASTIE EMPLOYÉE A RÉPARER LES PERTES
DE SUBSTANCE.

La prothèse organique convient surtout contre les pertes de substance non réparées et non réparables

par les seuls efforts de la nature, lesquelles laissent à leur suite un trou, une fente, une fissure ou de larges ouvertures anormales qui déforment les organes apparents, rendent les réservoirs inutiles, les cavités incapables de remplir leurs fonctions. C'est par suite de semblables pertes de substance que l'odorat ne s'exerce plus et que les odeurs passent inaperçues ; c'est ainsi que la bouche n'apprécie plus la sapidité des alimens ; c'est ainsi que le larynx ne forme plus la voix, que la trachée ne fait plus l'office d'un tube conducteur de l'air ; c'est ainsi que la vessie ne sert plus de réservoir, que l'intestin ne retient plus les matières alimentaires et fécales ; c'est ainsi, enfin, que les conduits excréteurs laissent échapper les liquides qui les parcourent par une autre voie que celle qu'ils suivent habituellement.

CHAPITRE III.

AUTOPLASTIE EMPLOYÉE POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE DES CANCERS, etc.

M. Martinet (de la Creuse) a cru trouver dans l'autoplastie un moyen de prévenir la récurrence du cancer. Déjà plusieurs praticiens avaient eu recours à cette opération dans le but de réparer les pertes de substance qui suivent le cancer ; mais ils n'avaient eu ni les vues, ni les idées qui, en 1828, 1829, 1831 et 1835,

ont dirigé M. Martinet dans les opérations qu'il a pratiquées sur plusieurs malades affectées de cancers du sein, dans l'intention de prévenir le retour du mal. En 1831, avant la publication du travail de ce médecin dans la *Gazette médicale* ⁽¹⁾, M. Blandin ⁽²⁾ avait réparé une perte de substance nasale, par la rhinoplastie, après l'extirpation d'un cancer, mais dans le but seulement de réparer la difformité. Or, j'insiste sur les travaux de M. Martinet, parce qu'on ne saurait trop rechercher les moyens de prévenir la récurrence du cancer, regardée comme inévitable dans tous les cas. A mes yeux, en effet, cette opinion exclusive n'est pas fondée, et je ne saurais l'admettre malgré l'autorité de Boyer, qui pensait, qu'après l'extirpation d'un cancer, la repullulation du mal était inévitable, et que dans les cas où il n'y avait pas reproduction on n'avait pas eu à opérer un véritable cancer.

Je rapporterai des observations de M. Martinet, afin que le lecteur puisse juger lui-même de leur degré d'importance, et j'ajouterai quelques observations qui me sont propres, afin de pouvoir tirer de ces faits quelques conséquences d'une utilité pratique.

« 1^{re} Observation. — Au commencement de l'année 1829, je fus appelé à Royer (Creuse) auprès d'un malade qui portait, depuis six ans, un champignon à

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 657.

(2) *Journal universel hebdomadaire de médecine*. Paris, 1834, t. v, p. 417. — H. Chomet, *De la Rhinoplastie*, thèse. Paris, 1832, in-4°.

l'aile gauche du nez. Le mal, à son origine, avait offert un tel caractère de bénignité, qu'on n'en avait nullement cherché la cause. Développée d'abord sous la forme d'une petite verrue, qui n'occasionnait même pas d'incommodité, au bout de trois ans la tumeur devint irrégulière, se fendilla, se couvrit de croûtes qui tombaient pour faire place à d'autres, et laissant à découvert une surface rugueuse parsemée de points grisâtres, saignant au plus léger contact, et d'où s'écoulait un ichor sanieux. Bientôt des élancemens s'y firent sentir, l'accroissement devint plus rapide, et la fongosité, qui prenait son origine par une large base sur l'aile gauche du nez, lui donnait un aspect bilobé. Les parties voisines étaient saines; la narine du côté malade, un peu rétrécie, n'était le siège d'aucune végétation; la sécrétion de la pituitaire était augmentée, mais le bord libre de l'aile du nez, qu'avoisinait la verrue, n'avait pas encore été envahi par le mal. D'ailleurs, la santé générale était intacte. L'affection me parut donc tout-à-fait locale, et tous les moyens généraux et locaux n'ayant servi qu'à hâter la dégénérescence, l'ablation de la tumeur fut jugée l'unique ressource.

« Je disséquai toute la peau du côté gauche du nez; l'extrémité de l'indicateur gauche introduite dans la narine, me servant de point d'appui, je râclai avec précaution le cartilage sous-jacent, ayant soin de ménager le bord libre de l'aile du nez. Toutes les parties suspectes furent enlevées avec une scrupuleuse atten-

tion, après quoi j'introduisis de la charpie dans la narine; et une compresse fenêtrée enduite de cérat, recouverte de charpie, maintenue par une bande, forma le premier pansement. Une saignée du bras, la diète, un bain de pieds et de la limonade combattirent la fièvre, qui diminua dès le lendemain.

« Au bout de trois jours, l'appareil fut levé; la suppuration n'était pas encore établie. Je recommandai la continuation de la diète; éloigné de mon opéré, je ne pus le revoir qu'au bout de neuf jours. Je trouvai alors, à mon grand étonnement, toute la plaie occupée par un nouveau champignon plus grand et plus douloureux que le premier. Le cas me parut délicat et fort embarrassant; je n'osai pas proposer au malade l'ablation d'un organe aussi important à ménager. Je me contentai donc d'emporter avec le bistouri les végétations nouvelles, de ruginer les os, et de râcler les cartilages et fibro-cartilages dont je détruisis même une partie. Puis, sur cette nouvelle solution de continuité, j'appliquai une petite quantité de pâte arsenicale. Revenu deux jours après, je trouvai le malade dans un délire furieux, la tête doublée de volume, sans traits de figure humaine; une écume gluante souillait son menton. Je m'empressai d'enlever la partie non absorbée du topique, et je n'y parvins qu'à l'aide du bistouri; cependant, sous l'influence de boissons rafraichissantes en grande quantité, les symptômes de l'empoisonnement disparurent en huit jours.

« La suppuration s'étant enfin bien établie et les

bourgeons charnus étant dans les conditions avantageuses pour la cicatrisation, voyant d'ailleurs que celle-ci ne s'opérait pas, même au bout de plusieurs mois après l'opération, je dus songer à un moyen plus efficace. J'empruntai à la joue voisine un lambeau de forme et de grandeur convenables à l'étendue de la plaie, où il fut maintenu par deux points de suture. Une sonde de gomme élastique entourée de linge fut placée dans la narine, pour en prévenir l'affaissement et faciliter l'écoulement du mucus; quelques bandettes agglutinatives, des compresses graduées constituèrent tout mon appareil. Dix-huit jours après, la réunion me paraissant solide, je coupai le pédicule du lambeau, je rapprochai autant que possible les bords de la nouvelle plaie, et le trente-cinquième jour le malade fut parfaitement guéri, presque sans difformité.

« Six ans se sont écoulés depuis, et il n'a jamais senti la moindre douleur dans cette région. Je ferai remarquer en passant qu'un de ses oncles est mort d'un cancer au nez. »

iii « 2^e Observation. — La nommée Geneviève, âgée de 44 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une constitution sèche, mariée à 25 ans, mais restée stérile, avait eu une menstruation régulière jusqu'à sa quarantième année; mais à cette époque les règles ne vinrent plus qu'avec la plus grande irrégularité. En 1828, sans cause connue, le sein droit devint

plus dur et plus volumineux que le gauche. Elle ne fit d'abord aucune attention à ce changement d'état; plus tard la tumeur augmenta légèrement de volume, la malade y ressentait par intervalles et surtout à l'approche des règles, des douleurs qui l'obligeaient d'employer quelque topique émollient. Ces douleurs supportables dans le commencement, acquirent un degré d'intensité tel qu'elle fut forcée de suspendre de temps en temps ses occupations et de garder le lit. Enfin, après un an et demi de souffrances, elle appela un médecin qui prescrivit plusieurs applications de sangsues et des révulsifs sur le canal intestinal. Mais malgré l'emploi de ces moyens, les dimensions de la tumeur et l'acuité des douleurs augmentèrent; la malade, dont le moral était fortement ébranlé, se voyait vouée à une mort certaine; elle essaya toute espèce de médication, enfin se livra entre les mains d'un charlatan qui appliqua sur la tumeur différens escharotiques. Peu de temps après, l'ulcération commença et fit des progrès rapides. Dans cet état, elle entra à l'hôpital de Bourgneuf dans le mois de mars 1830.

« Lorsque je l'examinai, le mamelon du côté droit était détruit : à sa place existait une ulcération d'un pouce et demi de longueur; le fond était grisâtre et donnait naissance à plusieurs fongosités qui dépassaient le niveau de l'ulcération et dont la surface était recouverte de sanie d'une odeur caractéristique. Les bords de la caverne, calleux, renversés en dehors,

étaient recouverts çà et là d'une couenne grisâtre : à l'entour, les veines sous-cutanées formaient un relief sur la peau. Les tégumens voisins étaient durs, bosselés dans certains points, mous et déprimés dans d'autres. Les régions inguinale, sous-clavière, cervicale, axillaire du côté gauche n'offraient rien de particulier ; mais dans l'espace axillaire correspondant au sein malade, on trouvait trois ganglions volumineux. La peau en général était jaunâtre, surtout à la face, l'insomnie presque complète, les douleurs lancinantes que la malade comparait à la morsure d'un chien.

« Je prescrivis des cataplasmes laudanisés sur la poitrine et des pilules d'opium dans l'unique but de calmer les douleurs. Mais cette femme réclama elle-même l'opération sans se laisser intimider par la crainte d'une récurrence que je regardais comme inévitable.

« Je pratiquai l'opération le 20 mars 1830. Deux incisions semi-circulaires, réunies par leurs extrémités, circonscrivirent la mamelle ; je commençai la dissection par la partie inférieure de la tumeur : je quittai cette région pour attaquer plus en haut, comme le conseille M. Lisfranc, pour couper les nerfs qui, partant des plexus cervical et axillaire, vont se distribuer au sein, et abrégé conséquemment les douleurs. J'enlevai toute la glande mammaire et une partie du grand pectoral. Je passai à plusieurs reprises la pulpe du doigt sur toute la surface saignante de la plaie pour

m'assurer si j'avais enlevé toutes les parties indurées; les artères liées, je prolongeai mon incision dans l'espace axillaire; et, à l'aide d'une érigne, je fis l'extirpation des ganglions profondément situés, et, voulant éviter la lésion des vaisseaux et nerfs axillaires, je fus obligé d'arracher les ganglions avec mes doigts, ce qui rendit cette partie de l'opération très douloureuse. Enfin j'appliquai des bandelettes agglutinatives et un linge enduit de cérat, de la charpie, des compresses constituèrent le premier pansement.

La malade avait perdu toutes ses forces; aussi eut-elle une syncope qui nous donna de vives inquiétudes; transportée dans son lit et réchauffée, elle recouvrit bientôt l'usage de ses sens. Trois heures après l'opération, il y eut une hémorrhagie abondante par la plaie pectorale; on ne put découvrir les vaisseaux par où le sang sortait; on tamponna, et l'hémorrhagie ne reparut plus.

« La nuit se passa bien; la malade dormit par intervalles; le lendemain matin elle eut un peu de fièvre.

« Le 23, la dureté des compresses et de la charpie l'incommoda; je renouvelai ces deux parties de l'appareil.

« Le 26, je renouvelai le pansement; la suppuration commence à s'établir.

« Le 1^{er} avril, la suppuration est de bonne nature, les bourgeons sont apparens; j'augmente les alimens.

« Pendant tout le mois d'avril, la malade continue à bien aller; la plaie se rétrécit; elle dort bien, toutes

les fonctions s'exécutent à merveille. Dans le commencement de mai, elle éprouva quelques douleurs dans le fond de la plaie; pourtant je n'y découvris rien, toute la surface paraît d'un bon aspect.

« Le 5 mai, je remarquai des boutons d'aspect douteux; les jours suivans ils deviennent d'un gris ardoisé et se développent quoique touchés avec le nitrate d'argent. N'osant plus me servir du bistouri, j'eus recours à la pâte arsenicale que j'appliquai à plusieurs reprises sur le fond de l'ulcère, il n'en résulta aucun accident; après la chute de l'eschare, la plaie se couvrit de bourgeons vasculaires, de bonne nature; néanmoins la cicatrisation s'effectuait très lentement sans doute à cause de la forme circulaire de la solution de continuité. La malade n'accusait plus aucune douleur. Enfin trois mois après l'opération la plaie fut cicatrisée et Geneviève se crut guérie.

« Vain espoir! A peine deux mois s'étaient-ils écoulés, qu'elle vit reparaître toutes ses souffrances. La cicatrice se tuméfia, devint douloureuse et se sépara des tissus environnans; il se forma de petites ulcérations qui s'étendaient de jour en jour; bientôt il se creusa une vaste caverne comme avant l'opération.

« Après deux récidives, l'une pendant la cicatrisation de la plaie, l'autre deux mois après l'opération, je ne conservais plus d'espoir et ne songeais plus qu'à prescrire un traitement purement palliatif. Bientôt la malade me supplia de tenter encore de nouvelles chances, et je me rendis à ses instances

après avoir médité mon nouveau procédé opératoire.

« Je pratiquai sur la peau du sein, à deux pouces de sa réunion avec la cicatrice, deux incisions semi-lunaires circonscrivant toutes les parties d'apparence suspecte; je mis à nu les côtes et leurs cartilages. Je ruginai le tout dans les points correspondans à l'ancienne cicatrice, je promenai ensuite le fer rouge sur les parties qui auraient pu devenir le siège de quelques excroissances.

« Je recouvris toute la plaie de compresses trempées dans l'eau froide; il ne survint aucun accident du côté de la poitrine; la malade eut seulement un violent mal de gorge, et la plaie fut prise d'une inflammation considérable qu'on arrêta par les sangsues. Au bout de six jours, chute des eschares; des bourgeons charnus de bonne nature couvrent toute la surface de la plaie. Le moment étant favorable, je taillai à la partie latérale de la peau un lambeau tenant par un pédicule d'un pouce de large, et à-peu-près de la forme et de la grandeur de la plaie, sur laquelle je le renversai après avoir tordu légèrement son pédicule, et je le maintins dans cette position par un grand nombre de sutures. Je plaçai ensuite pardessous une bandelette en manière de séton, tant pour favoriser l'écoulement du pus, que pour hâter le développement des bourgeons charnus à la face interne du lambeau correspondant à un côté presque dénudé de la plaie; des bandelettes agglutinatives, un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie et des

compresses, telles furent les pièces de pansement nécessaires. La malade supporta ces différentes opérations avec une résignation admirable. Le lendemain il y eut un peu de fièvre et quelques envies de vomir qui furent combattues par des boissons acidulées.

« Le troisième jour de l'opération j'ôtai les points de suture; quelques adhérences faibles unissaient déjà le lambeau à la surface correspondante de la plaie, un peu de pus s'écoulait le long de la bandelette. J'établis une légère compression. Les jours suivans, les adhérences se multiplient, deviennent plus solides; huit jours après, le lambeau est réuni à la plaie dans toute son étendue, excepté au centre correspondant aux parties dures. Je laisse pendant douze jours la bandelette interposée entre le lambeau et le fond de la plaie en lui faisant exécuter de légers mouvemens; le pus sortait par les deux extrémités qui servaient de filtre. L'état général de la malade est très satisfaisant; enfin, quinze jours après l'opération, la réunion était complète partout, sauf à l'endroit qu'avait occupé la bandelette de linge supprimée du reste depuis deux jours. Il suffit d'exercer sur le milieu du lambeau une compression que je diminuai graduellement en m'approchant des deux lèvres de la plaie, pour voir peu-à-peu la suppuration s'éteindre et finir par se tarir entièrement. Le vingt-sixième jour après l'opération, je coupai le lambeau près de son pédicule, qui fut replacé dans sa position normale; il ne restait plus à la malade que la plaie du côté droit, dont la

cicatrisation avait été retardée exprès, dans la vue de favoriser la réunion du lambeau avec les tissus sous-jacens, ce qui fut complètement effectué quelque temps après. Pendant deux ans je revis cette malade ; elle n'avait eu aucune récidive ; elle succomba deux ans et demi après l'opération, sans trace d'affection cancéreuse. »

« 3^e Observation. — M^{me} Daniaud, âgée de 29 ans, d'un tempérament bilieux, d'un embonpoint ordinaire, réglée à 18 ans, mariée à 24, n'ayant jamais eu d'enfans, éprouva, il y a deux ans, l'accident que voici :

« S'étant jetée au milieu d'une querelle de famille, elle fut culbutée sur une chaise, dont l'un des montans lui porta sur le sein gauche. La douleur disparut au bout de huit jours ; mais la mamelle fut, depuis cette époque, le siège d'un engorgement qui persista sans douleurs pendant un an. Plusieurs médecins employèrent les médicamens ordinaires, qui n'eurent pas l'avantage d'enrayer la marche de la maladie. Bientôt des douleurs lancinantes, comparables à des coups d'aiguilles, se firent sentir, et la santé de la malade se détériorait de plus en plus, lorsque trois ans après son accident, elle vint me consulter pour la première fois.

« Je trouvai au sein gauche, en dehors du mamelon, une tumeur du volume d'un œuf, dure, bosselée, douloureuse au toucher, augmentant aux époques

menstruelles, non adhérente aux tissus sous-jacens, mais adhérente à la peau qui la recouvrait et à la glande mammaire avec laquelle elle se continuait. Il n'existait pas de ganglions à l'aisselle; le pouls petit et irrégulier, les digestions difficiles, l'amaigrissement, l'insomnie, la couleur jaune paille, la fièvre hectique me firent craindre d'abord quelque affection organique dans quelque'une des grandes cavités; mais rassuré bientôt, je proposai l'opération comme unique ressource. Elle fut pratiquée le 27 juin 1831.

« Voulant prévenir la difformité d'une large cicatrice, je pratiquai, au contour inférieur de la mamelle, une incision courbe de cinq pouces d'étendue; j'arrivai ainsi aisément à la tumeur; je séparai le tissu cellulaire de la glande mammaire, que je coupai un peu dans son bord interne. De la charpie fut introduite dans la profondeur de la plaie pour favoriser le développement de bourgeons charnus. La suppuration s'établit bientôt, et la cicatrisation marchait, lorsque l'opérée ressentit dans le sein des douleurs légères qu'elle comparait à la démangeaison d'une fourmi dans l'épaisseur des chairs. La peau, que j'avais épargnée et qui recouvrait la tumeur, devint violacée, s'excoria et se transforma en un ulcère fournissant un pus sanieux. Bientôt les bords se renversèrent et mirent à nu une caverne profonde, grisâtre, d'où s'exhalait une odeur *sui generis*.

« Une seconde opération me parut indispensable.

« Circonscrivant par deux incisions tous les tissus

qui me parurent viciés, j'obtins une nouvelle solution de continuité. La suppuration devint louable, les bourgeons se développaient, lorsque j'aperçus au fond de la plaie un point grisâtre, douloureux au toucher, saignant au moindre contact et faisant éprouver à la malade des douleurs extrêmement vives.

« Il fut démontré pour moi que la maladie s'était de nouveau reproduite. J'appliquai alors un petit morceau extrêmement mince de potasse caustique de préférence à tout autre moyen. A la chute de l'eschare, au cinquième jour, j'aperçus des bourgeons charnus de bonne nature. Alors je taillai, sur le côté de la poitrine, un lambeau bien nourri, de l'étendue de la surface de la plaie sur laquelle il fut appliqué à l'aide d'un mouvement de torsion imprimé à son pédicule. On fit quelques sutures sur la circonférence du lambeau, et, deux jours après, ces points furent enlevés. Une ouverture ménagée à la partie la plus déclive laissait un libre passage au pus. Je fis une compression méthodique en commençant sur le centre du lambeau et allant graduellement à la circonférence. Peu-à-peu la suppuration se tarit et la tuméfaction diminua; enfin, la réunion fut complète le vingtième jour. Je coupai alors le pédicule du lambeau; la cicatrisation de la plaie qui l'avait fourni s'opéra promptement, et le succès a été au-delà de mes espérances. Trois années se sont écoulées depuis l'opération, et la guérison s'est si bien soutenue que je suis convaincu qu'il n'y aura jamais de récurrence. »

« 4^e *Observation.*— Le sujet de cette observation est un homme âgé de 40 ans, domestique, portant depuis trois ans dans l'épaisseur de la joue gauche une tumeur qui ne lui causait d'autre incommodité que de gêner la mastication. Cette tumeur s'était développée à l'insu du malade; la première fois qu'il la sentit, il crut qu'un morceau de pain était resté entre les dents et la joue; mais il reconnut que cette tumeur était située dans l'épaisseur des parties molles. Peu-à-peu elle s'accrut, et au bout de trois ans les mouvemens de la mâchoire devinrent de plus en plus difficiles. D'abord la tumeur était indolente; mais quand elle eut acquis un certain volume, le malade y ressentit des élancemens. Il entra à l'hôpital de Bourgneuf, au commencement du mois de mai.

« Située sur le trajet du canal de Sténon, la tumeur a rétréci un peu la bouche en refoulant la commissure des lèvres pour se loger dans l'espace compris entre l'os de la pommette et l'os maxillaire inférieur; elle est dure, bosselée, adhérente à la peau qui la recouvre et paraît se continuer avec la glande parotide. On cause des douleurs vives au malade en la comprimant; l'aspect que présente cet homme est tellement repoussant qu'il ne pouvait plus trouver de travail, ni manger avec ses camarades; aussi demanda-t-il instamment l'opération.

« Cinq jours après son entrée, je l'opérai de la manière suivante: je fis une incision, qui, partant du lobule de l'oreille, suivait le bord inférieur de la mâ-

choire, et arrivé à l'angle de cet os, je la dirigeai vers la commissure des lèvres sans l'intéresser en décrivant une espèce de courbe à concavité supérieure. Une seconde incision continuant la première fut prolongée en haut et en arrière, et alla se terminer au point où la première avait commencé ; je liai les artères à mesure qu'elles donnaient du sang ; je voulus isoler la tumeur de la muqueuse buccale ; mais son adhérence était si intime, que je fus obligé de renoncer à mes tentatives ; et ce ne fut qu'à force de manœuvres extrêmement compliquées que je parvins à extirper la totalité de la tumeur.

« A la place de la joue se trouvait donc une énorme cavité dans laquelle on voyait à découvert les faces latérales des deux maxillaires. Après avoir disséqué la peau dans l'étendue de deux pouces inférieurement et très peu en haut, dans la crainte de produire un renversement de la paupière inférieure, je rapprochai les lèvres de la plaie et les maintins en contact à l'aide de la suture enchevillée. J'ajoutai en outre plusieurs bandelettes agglutinatives pour seconder l'action des aiguilles.

« Le malade perdit peu de sang pendant l'opération. Nous trouvâmes la tumeur formée de tissu extrêmement dur, fibreux, lardacé dans certains endroits ; mou, jaune, pultacé, dans d'autres points où elle était ramollie.

« Une heure après l'opération, le pouls était dur, une saignée fut pratiquée. Au bout de trois heures il

survint une hémorrhagie foudroyante, j'étais alors absent, un chirurgien employa la compression qui fut sans résultat. A mon arrivée le sang coulait toujours, le malade était extrêmement affaibli. J'ôtai l'appareil et les sutures, et aussitôt le sang cessa de couler. Un quart d'heure après le malade vomit une énorme quantité de sang qu'il avait avalé pendant qu'on essayait de l'arrêter par la compression. Je comprimai en tous sens la surface saignante séparée de la cavité buccale par une lame de plomb appliquée sur la face interne des deux os maxillaires, puis de nouveaux points de suture réunirent la plaie.

« Le surlendemain j'enlevai l'appareil et ne vis rien de dérangé, l'excrétion de la salive était abondante, point de suppuration. Elle commença à se produire le troisième jour.

« Dix jours après l'opération j'essayai de réunir par deuxième intention, en mettant en contact à l'aide de bandelettes les lèvres de la plaie. A quelque temps de là je cautérisai les bords de la solution de continuité qui furent maintenus en contact par des points de suture et par une compression méthodique. Craignant une nouvelle déchirure des parties molles; j'ôtai le surlendemain les sutures, il y avait contact immédiat dans toute l'étendue de la plaie. Peu-à-peu la cicatrisation se fit, la salive ne coulait plus au dehors, tout marchait à une guérison rapide, lorsqu'au bout de deux mois le malade commença à se plaindre de douleurs dans la bouche et d'un froid dans la joue. Je

n'aperçus rien. Plus tard elles augmentèrent, la cicatrice se tuméfia, il se forma à l'intérieur de la bouche des excroissances qui, en augmentant peu-à-peu de volume, gênèrent les mouvemens de la langue, la cicatrice se déchira, les bords se renversèrent, et une suppuration de mauvaise nature coula par les lèvres de la plaie.

« Pour sauver ce malade, après avoir mûrement médité mon projet, je m'arrêtai au procédé suivant :

« Je commençai à retrancher tous les tissus d'apparence suspecte, soit par le fer, soit par le feu. J'attendis que les eschares tombassent, que les bourgeons charnus fussent développés, puis après avoir rasé la partie postérieure de la tête je taillai un lambeau à pédicule courbe adhérent à l'apophyse mastoïde, et prolongeai l'incision inférieure jusqu'au lobule de l'oreille. Le lambeau, en tordant légèrement son pédicule, fut appliqué sur la plaie de la joue. Un grand nombre de sutures furent mises sur le bord supérieur, quelques-unes seulement sur le bord inférieur. Je laissai sur celui-ci deux ouvertures, l'une vis-à-vis de la parotide, l'autre dans l'endroit le plus déclive de la plaie, puis j'appliquai le premier pansement.

« Les jours suivans il ne se présenta rien de remarquable, le quatrième j'ôtai tout ce qui pouvait mettre obstacle à l'écoulement de la salive et du pus. La réunion de la partie supérieure du lambeau ne se fit pas attendre, elle fut complète le douzième jour. A cette époque l'inférieure n'adhérait que dans quel-

ques points. Lorsque la tuméfaction eut diminué, je ravivai le bord inférieur du lambeau dans les points où la réunion immédiate n'avait pas eu lieu, et je maintins les lèvres en contact à l'aide de la suture entortillée. Le point correspondant à la parotide fut le seul où il n'y eut pas de réunion immédiate; il resta une fistule salivaire que je combattis en vain pendant deux mois par tous les moyens connus. Au bout de ce temps j'imaginai l'appareil suivant qui réussit au-delà de mes espérances.

« Je pris un tuyau de plume, bouché à l'une de ses extrémités avec un morceau de liège à travers lequel j'avais préalablement passé un fil de soie. Sur les parties latérales et très près de l'extrémité se trouvait une ouverture semblable aux yeux d'une sonde destinée à l'écoulement de la salive. Ce tube fut placé à l'intérieur de la bouche, à la face interne de la joue restaurée. Je mis en contact immédiat avec la glande parotide l'extrémité bouchée par le liège, et le fil de soie sortant à travers la fistule fut attaché autour de l'oreille. Un deuxième fil de soie passé dans une aiguille à coudre avec laquelle je traversai le lambeau de dedans en dehors, et un peu en bas de la fistule salivaire, servit à fixer inférieurement ce tuyau destiné à remplacer le conduit de Sténon. Il fut arrêté ensuite sur un petit rouleau de diachylon. Au côté externe de la joue, je rapprochai très exactement les bords de la fistule parotidienne qui furent maintenus en rapport à l'aide de bandelettes. Enfin, pour main-

tenir la bouche constamment béante, je mis un bouchon de liége entre les mâchoires du côté opposé. A partir de ce jour la salive s'écoula par la bouche, rien ne passa par la fistule, et la réunion se fit par tous les points. Quinze jours après le malade fut radicalement guéri sans fistule salivaire, sans difformité apparente. Il ne reste qu'une cicatrice presque linéaire cachée par les cheveux en remplacement du favori de ce côté, seulement la direction et la couleur de ce favori artificiel qui est blond-foncé, contraste d'une façon singulière avec la barbe du côté opposé dont la couleur est tout-à-fait rouge.

« Trois ans se sont écoulés depuis l'opération, et le malade n'a rien senti qui puisse faire craindre une rechute. »

Quant aux observations qui me sont personnelles, je me bornerai à rappeler que j'ai employé l'autoplastie pour réparer des pertes de substance à la suite de l'ablation des cancers du sein, des cancers de la face, et que, sur plusieurs malades, j'ai été à même d'en observer la récurrence tantôt dans le voisinage de l'opération et tantôt dans un endroit plus éloigné. Mais je dois avouer que la lésion organique a semblé fuir la cicatrice et s'éloigner du lambeau qui occupe la place du cancer; et comme exemple de ce fait, je ne saurais trop appeler l'attention sur l'observation d'une femme nommée Hubert que je rapporterai en parlant de la blépharoplastie. Elle était affectée d'un cancer de la paupière inférieure dont je

fis l'ablation. De suite je réparai la perte de substance avec les parties molles de la région malaire, quelques points de suture entrecoupée maintinrent les surfaces saignantes en contact, et l'agglutination du lambeau se fit par première intention. Plus tard, le pédicule fut coupé, et le lambeau prit un excès de sensibilité et de vascularité. Le cancer se reproduisit dans les parties molles du grand angle de l'œil du même côté. L'instrument tranchant enleva le cancer récidivé et je réparai la perte de substance avec la peau du dos du nez, de sa partie latérale opposée et de sa racine. Il y eut une seconde récidive dans le globe de l'œil qui fut enlevé. La première opération a été pratiquée il y a sept ans environ ; cette malade se porte bien, et depuis cinq ans la récidive n'a pas eu lieu.

Ainsi voilà comme fait capital dans cette observation deux récidives qui ont lieu malgré l'autoplastie, et l'apparition de la maladie dans un lieu autre que celui où l'extirpation du cancer avait été d'abord pratiquée.

Dans les quatre observations de M. Martinet il n'y a aucun doute sur la nature de la maladie ; et nous voyons que le cancer avait repullulé plusieurs fois avant que l'on ne mit en usage la chirurgie auto-plastique ; cependant deux cancers du sein et deux cancers de la face ont été définitivement guéris par les efforts de cette chirurgie que M. Martinet ne balance pas à regarder comme ayant prévenu le retour du cancer qui s'était déjà reproduit avec tant d'achar-

nement. Nous pensons comme ce médecin distingué que l'autoplastie a été efficace en ce qu'elle a d'abord réparé des pertes de substance qui auraient laissé inévitablement après elles de grandes difformités ou de graves infirmités. Mais nous n'arrivons pas, relativement à la destruction du cancer, à une conclusion aussi absolue, ce médecin ayant, en effet, déjà détruit par différentes opérations l'altération qui s'était reproduite; et il n'est pas prouvé pour nous que cette affection n'était pas tout-à-fait épuisée à la dernière ablation. On sait que Sabatier, sans avoir pratiqué l'autoplastie, a vu des malades guérir complètement après plusieurs opérations successives. Nous-même après avoir porté l'instrument tranchant à différentes reprises sur des individus cancéreux, nous les avons vu débarrassés entièrement de leur mal.

Les observations dont il est fait mention plus haut, et qui toutes ont rapport à l'autoplastie semblent démontrer que le lambeau chasse pour ainsi dire le cancer loin du point où il avait pris naissance; mais ils prouvent précisément que l'autoplastie ne prévient pas la récurrence.

D'ailleurs, il n'est pas clairement démontré pour nous ni peut-être pour M. Martinet que la totalité du cancer du sein ait été détruite par la première opération. M. Martinet avoue que la peau respectée était amincie et altérée. Ainsi, il n'y aurait pas eu de véritable récurrence dans ce cas, puisque le cancer n'avait pas été suivant nous totalement enlevé.

Il resterait à rechercher de quelle manière l'autoplastie a agi sur le lieu où existait le cancer pour s'opposer à la récurrence. M. Martinet croit que les tissus rapportés agissent seulement en empêchant le tiraillement dans les parties malades. Sans nier ce mode d'action, je ne suis pas convaincu que ce soit ainsi seulement que le lambeau agit sur les tissus qui étaient le siège du cancer. Il me semble que c'est aussi en modifiant la circulation et par suite la nutrition que l'autoplastie agit d'une manière avantageuse pour s'opposer au retour local de l'altération.

La circulation éprouve, en effet, de très grands changements, puisque, après avoir été affaiblie, elle prend ensuite une activité notable.

CHAPITRE IV.

DE L'AUTOPLASTIE EMPLOYÉE POUR EMPÊCHER L'ÉCOULEMENT ANORMAL DES LIQUIDES.

C'est à l'aide de l'autoplastie et particulièrement des méthodes nouvelles que l'on parvient à rétablir le cours de la salive, des larmes, de l'urine et des matières fécales elles-mêmes lorsqu'à la suite de plaies, de fistules, de gangrène, etc., il s'est produit dans les parois des réservoirs ou des conduits de ces liquides des pertes de substance qui entraînent des écoulements plus ou moins fâcheux pour la santé.

J'examinerai plus loin cette partie de l'autoplastie dans des applications particulières.

SECTION II.

DES PRÉPARATIONS AUXQUELLES IL CONVIENT DE SOUMETTRE LES PARTIES INTÉRESSÉES DANS L'OPÉRATION ET L'ORGANISME TOUT ENTIER AVANT DE PRATIQUER L'AUTOPLASTIE.

Si une opération exige des préparations particulières, c'est sans contredit l'autoplastie, car ce n'est qu'à ces conditions que l'on peut compter sur le succès.

La préparation est locale et générale, c'est-à-dire que dans le premier cas on s'occupe de disposer la région qui doit être le théâtre de l'opération, et dans le second on prépare l'organisme tout entier.

Avant de soumettre un malade à une opération de ce genre, il faut bien connaître les modifications qu'elle apporte instantanément dans le lieu où elle est pratiquée, et la perturbation qu'elle jette violemment dans l'économie entière. C'est pourquoi les personnes irritables devront être préparées moralement et physiquement. Les bains, les calmans, les dérivatifs sur le canal intestinal et les opiacés rendent le travail inflammatoire et le traumatisme moins intenses. Il est fort utile de faire comprendre au malade

de quel intérêt il est pour lui qu'il se calme en prenant de l'empire sur lui-même, et de lui faire connaître combien une résignation soutenue est nécessaire pour le succès de l'opération.

Lorsque les malades sont vigoureux, pléthoriques, il faut pratiquer des émissions sanguines et avoir recours à un régime diététique convenable pour arriver à un certain degré d'amaigrissement. Quand on opère, en effet, sur une région trop grasseuse, on s'expose à l'inflammation, à la suppuration et à avoir un lambeau trop fourni de graisse. Cette circonstance serait particulièrement défavorable pour la réparation d'une paupière.

La partie malade réclame elle-même certaines précautions pour assurer la réussite de l'opération. Par exemple, on rasera la peau qui peut être velue par nature ou accidentellement. Cette préparation permet de promener plus facilement le bistouri et d'opérer la dissection sans obstacle; d'ailleurs la suture se pratiquera plus sûrement, et les pansemens consécutifs pourront être faits sans tiraillemens douloureux.

Mais c'est principalement sur l'état des tissus voisins qu'il faut porter l'attention avant de pratiquer l'opération. Ces tissus sont-ils sains, exempts d'inflammation, on peut de suite opérer sans avoir besoin de préparation autre que celle dont nous venons de parler. Si au contraire il y a engorgement, inflammation, callosités, duretés, ramollissement des tissus

qui environnent la lésion, il est urgent et indispensable de soumettre le malade au repos, aux bains, aux lotions émoullientes, aux applications de cataplasmes adoucissants, aux injections, aux diurétiques lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une fistule urinaire, cas dans lequel il faut diminuer l'âcreté des urines. Ces moyens doivent être mis en usage jusqu'à ce que le dégorge-ment soit complet et que l'inflammation ait disparu. En agissant autrement, on s'expose à rendre l'opération inutile, et à échouer tantôt parce que l'aggluti-nation se fera mal, le travail morbide et l'engorgement s'y opposant, et tantôt parce qu'ayant perdu leur consistance, les tissus se laisseront couper trop promptement par le fil ou les aiguilles. Combien d'opérations autoplastiques ont échoué ainsi, les ma-lades ayant été opérés dans des conditions peu favo-rables, et le chirurgien ne s'étant pas donné la peine de les préparer d'une manière suffisante. Ne voyons-nous pas les opérations autoplastiques pratiquées à un intervalle trop rapproché d'une autre opération être suivies d'insuccès ?

Ce n'est pas tout que de préparer un malade et de disposer son moral à l'opération ; il faut encore se demander s'il n'existe pas dans sa constitution quel-que affection spécifique, telle que la syphilis qui a tant d'influence sur la réunion des plaies et le résultat des opérations. L'expérience nous a démontré que la réunion ne se fait qu'incomplètement ou n'a pas lieu lorsqu'on opère dans de semblables circonstances.

Des malades sur lesquels nous avons pratiqué l'autoplastie ont, plusieurs fois de suite, été soumis à la même opération, parce qu'il existait chez eux une cause syphilitique occulte. Ce n'est qu'après les avoir soumis à un traitement général que nous avons obtenu la guérison. Le virus syphilitique paraît enlever, en effet, aux produits du sang leur plasticité. Cette opinion a été dans ces derniers temps encore fortifiée par une observation qui concerne un homme affecté de fistule urétrale, située au-devant de la racine des bourses, et que l'autoplastie n'est venue à bout de guérir qu'après qu'il a eu subi un traitement syphilitique complet.

Quelques médecins ont conseillé, avant de pratiquer l'autoplastie, d'augmenter la vitalité du lambeau par des manœuvres particulières. Ainsi, c'est sans doute dans l'intention d'augmenter la circulation, de rendre la nutrition des parties plus active, que l'on a conseillé de percuter la région où le lambeau doit être emprunté, à différentes reprises et comme si l'on voulait meurtrir les tissus sur lesquels on agit. Ce procédé, comme je l'ai dit déjà, paraît avoir été employé communément dans l'Inde.

M. Graefe a soumis un malade pendant un certain temps à des frictions d'huile étherée faites sur le bras, dans l'intention de donner au lambeau plus d'épaisseur, d'élasticité et de flexibilité.

Ces modes de préparation par percussion, par friction n'ont été employés que dans le cas où l'on a fait

usage de la méthode par *ente* animale ou transplantation ; ils ne paraissent convenir que quand l'on opère sur une peau fine, délicate, et dont la vascularité est peu considérable.

Enfin, dans les cas où l'on voudrait faire usage de la méthode tagliacosienne, il conviendrait d'habituer le malade à la position forcée et fatigante dans laquelle il devra se trouver pendant le temps qui s'écoulera depuis l'opération, jusqu'à la séparation du lambeau.

Comme l'autoplastie est douloureuse, on se trouverait peut-être bien de chercher à éteindre la douleur en rendant le malade insensible par les inspirations éthérées. Je crois que dans ce cas les inspirations d'éther auraient des inconvénients à cause de la longueur de l'opération, du soin qu'elle exige, de la nécessité où l'on se trouve de faire intervenir la volonté du patient, et parce qu'enfin il arrive qu'après l'opération les malades soumis à l'influence de l'éther s'agitent beaucoup et défont leurs appareils sans en avoir conscience. Je crois donc que l'éther ne convient pas en général pour l'autoplastie, et qu'il faut en borner autant que possible l'usage pour les amputations des membres, du sein et quelques extirpations de tumeurs. D'ailleurs comme l'éther me paraît diminuer la plasticité du sang et de ses produits, je vois là une raison pour en rejeter ici l'emploi, car c'est dans ce cas surtout qu'il importe d'obtenir une réunion par première intention. Le chloroforme étant dépouillé de tous ces inconvénients puisqu'il n'altère

ni la couleur ni la consistance du sang, puisqu'il calme sans agiter, sans exalter, doit être admis comme moyen de procurer cette insensibilité si désirable quand il s'agit de pratiquer des opérations qui sont horriblement douloureuses et qui tendent à épuiser les sujets.

SECTION III.

DES PARTIES QUI DOIVENT ENTRER DANS LA COMPOSITION DU LAMBEAU.

CHAPITRE I^{er}.

DU CHOIX DES TISSUS PROPRES A FORMER LE LAMBEAU.

Tous les tissus conviennent-ils également pour assurer le succès de l'autoplastie? On peut répondre par la négative, et je ne crains pas d'avancer qu'un tissu ne peut servir à réparer une région ou un organe qu'autant qu'il reçoit directement des vaisseaux qui lui sont propres et qui lui assignent pour ainsi dire une vitalité particulière. Cela posé, on comprend que le tissu cellulaire appartenant à tout le corps et ne recevant pour ainsi dire qu'en passant les vais-

seaux destinés aux organes et aux viscères, ne puisse, à lui seul, servir à une restauration. C'est suivant moi la raison pour laquelle il est frappé de gangrène, et ce n'est pas la théorie seule qui mène à cette explication. Plusieurs fois il m'est arrivé de vouloir séparer des lambeaux de tissu cellulaire des parties environnantes et de fermer avec eux des trous, des fentes, des fistules, et bientôt je voyais la gangrène détruire mon travail. Avec le tissu dartoïde du scrotum détaché de la peau, j'ai voulu boucher des fistules uréthrales, mais ce fut en vain, quoique j'aie pris la précaution de ramener cette membrane par-dessus ce lambeau.

Ainsi, les membranes où se terminent les vaisseaux, les tissus composés, doublés de la trame laminaire doivent servir exclusivement à refaire les organes, ou à réparer les erreurs congéniales de la nature ou les accidents survenus pendant le courant de la vie extra-utérine.

Donc les membranes muqueuses cutanées, l'épilon ou les portions d'un organe qui jouissent d'une vitalité suffisante, la nutrition étant entretenue de toutes parts par une circulation veineuse et artérielle, sont appelées à concourir suivant le siège de l'altération à former les lambeaux autoplastiques.

Un point du corps étant donné, et l'autoplastie étant devenue nécessaire, quel sera l'endroit où l'on prendra le lambeau? Ce n'est pas tout que de dire que tous les tissus ne peuvent pas concourir à la réparation des organes, il faut encore savoir que tous

ne donnent pas avec une égale facilité le produit plastique, nécessaire, puisque ce liquide sert à réunir les plaies, et que sans lui il n'y a pas de réunions certaines. Il faut rechercher la place qui fournit les tissus le plus favorablement disposés pour exhiler la lymphe. Cela veut dire que le tissu qui fournit ce liquide si désirable pour l'agglutination, est tout simplement le tissu séreux ou la cellule qui se rapproche le plus de sa structure, c'est-à-dire la fibre laminaire (tissu cellulaire); mais, ainsi que nous l'avons dit, il est indispensable qu'il ne soit pas séparé des autres tissus pour les raisons que nous avons signalées plus haut. En dernière analyse, c'est la trame qui reçoit en propre le moins de vaisseaux qui sert, un lambeau tégumentaire étant créé, à former le plus sûrement le produit d'agglutination. Le lambeau a besoin d'être très vivant, de recevoir des vaisseaux, et d'être doublé par le tissu que j'appellerai plastique. Il est indubitable pour nous que l'épiploon, que les intestins, que les lambeaux pris dans la cavité abdominale ont au plus haut degré la plasticité nécessaire pour réparer une perte de substance ou fermer une ouverture. Il est encore avéré pour nous que là où le tissu cellulaire filamenteux existe à l'état lamelleux, dartoïde, comme aux bourses, comme aux tempes, au-dedans de la bouche, aux paupières, sur les côtés de la poitrine, aux joues, au cou, etc., on retrouve tous les éléments organiques nécessaires pour que l'autoplastie réussisse. Ce n'est pas

que, dans ces différentes régions, il existe des artères extrêmement volumineuses, mais c'est parce que les conditions de vitalité y sont parfaitement harmonisées, parce que la circulation capillaire s'y fait bien, et qu'elle n'est entravée pendant la période d'adhésion par aucun engorgement adipeux tendant à produire l'inflammation et à s'opposer à la déposition régulière de la lymphe. Ce n'est donc pas parce qu'on conserve de très grosses artères dans le pédicule que le résultat est assuré, mais parce que la lymphe est déposée en grande quantité, et donne tout de suite au lambeau et aux surfaces le moyen de vivre et de se développer. La nature de la trame organique et une circulation se faisant sans entraves et sans lenteur sont donc les conditions principales.

En 1830, M. Serres (de Montpellier) avançait, comme je l'ai déjà dit, qu'il fallait conserver le plus de vaisseaux artériels possibles pour y nourrir le lambeau.

« En pratiquant, dit-il, les greffes animales, il importe
 « donc de savoir qu'il ne suffit pas de prendre au
 « hasard un morceau de peau pour restaurer une
 « difformité, il convient encore que cette portion des
 « tégumens corresponde à quelque vaisseau capable
 « de fournir à sa nutrition (1). »

M. Blandin en 1836 faisait la même recommandation (2) : il faut, suivant cet habile chirurgien, que le

(1) *Traité de la réunion immédiate*. Paris, 1830, p. 502.

(2) *De l'Autoplastie*. Paris, 1836, in-8°.

pédicule soit conservé du côté où les vaisseaux viennent se rendre au lambeau réparateur.

C'est pour ne pas avoir fixé leur attention sur ce point que les chirurgiens ont vu le lambeau ne pouvoir se nourrir ou ne se nourrir que partiellement, faute de recevoir une assez grande quantité de sang artériel. On ne doit pas indifféremment choisir tel ou tel endroit pour prendre le lambeau : par conséquent nous ne croyons pas indispensable la conservation de grosses artères dans le pédicule, surtout lorsqu'il offre une certaine largeur, et que les tégumens présentent dans cet endroit un grand développement vasculaire. On peut, et il convient même de s'en rapporter pour la vitalité du lambeau à la vascularité capillaire active de la région où il a été pris, et de celle où il est implanté; mais lorsque le pédicule est nécessairement petit, il devient indispensable de ménager le plus possible les troncs artériels.

Il est si vrai qu'il est important que le lambeau soit vasculaire, et que la partie sur laquelle il est placé soit très vivante pour que l'opération réussisse, que si on l'emprunte à des parties qui offrent faiblement ces propriétés ou ces avantages, on est exposé à le voir se gangréner, à moins des plus grandes précautions. Il faut alors laisser beaucoup de largeur au pédicule, et s'abstenir d'exercer dessus une compression dangereuse. On dit que c'est à ce défaut de vascularité que sont dus les deux insuccès de rhinoplastie tagliacosienne pratiquée par M. Delpech. On

sait que la gangrène s'empara des deux lambeaux.

Les opinions que je viens de citer diffèrent entièrement de celle de M. Dieffenbach, qui désire que l'on coupe les grosses artères qui se rendent au pédicule du lambeau; il suffira de rapporter tout au long le passage dans lequel il exprime cette opinion pour faire connaître ce qu'elle a de paradoxal et d'erroné : « Il est avantageux, dit M. Dieffenbach, quand on « forme le pédicule du lambeau de ne pas y laisser « de grosses branches artérielles susceptibles d'en- « voyer beaucoup de sang au lambeau, et s'il s'en « trouve une il faut la couper. A-t-on agi ainsi? le « lambeau, après avoir été attaché, est pâle pendant « quelque temps et flasque, tandis que, dans le cas « contraire, il ne tarde pas à reprendre sa couleur « normale; devient rouge, se gonfle beaucoup et « meurt en grande partie par réplétion sanguine. »

Il n'est pas possible de rendre un lambeau plus susceptible de gangrène qu'en le séparant presque de la circulation générale. C'est là peut-être la raison pour laquelle M. Dieffenbach a vu si souvent la gangrène s'emparer des lambeaux qu'il avait créés avec habileté. Le chirurgien prussien ne sauve sa théorie que par un ingénieux paradoxe qui tombe de lui-même, et surtout devant les faits.

Quoi qu'il en soit, c'est plutôt la largeur du pédicule du lambeau et l'harmonie qui existe entre la circulation veineuse et artérielle, qui font le succès de l'autoplastie, que le gros volume d'une artère qui peut

avoir des dangers, par suite de l'abord trop considérable du sang artériel et par suite de la gêne de la circulation, de l'engorgement ou même de la violente inflammation qui en résultent.

CHAPITRE II.

DES PARTIES QUI DOIVENT ÊTRE COMPRISSES DANS LE LAMBEAU.

Le lambeau doit-il être formé seulement par les tégumens ou par plusieurs tissus à-la-fois? La conduite du chirurgien, sous ce rapport, doit se régler d'après la perte de substance à réparer et la région qui est le siège de l'altération. La peau, matelassée par le tissu cellulaire, suffit lorsqu'il s'agit de réparer une perte de substance superficielle; mais il est des cas dans lesquels il existe, en profondeur et en largeur, une déperdition considérable de tissus, et, dans ce cas, on peut embrasser dans le lambeau des muscles, des nerfs, des aponévroses, en ayant soin de laisser le tissu cellulaire en contact avec la substance à réparer. Enfin, nous démontrerons plus loin, qu'un organe mis dans toute son épaisseur peut, en le faisant changer de position, réparer une perte de substance. Ainsi l'intestin, l'épiploon, les lèvres, le pourtour de l'anus peuvent corriger des difformités sans qu'on ait besoin de disséquer les tégumens.

Toujours on choisira de préférence le lambeau à la

partie qui ne contient que le tissu filamenteux, ou à celle qui contient le moins de tissu cellulaire graisseux.

CHAPITRE III.

DE LA FORME, DE LA LONGUEUR ET DE LA LARGEUR QUE L'ON DOIT DONNER AU LAMBEAU.

La forme, la longueur et la largeur de l'ente animale, doivent être en rapport avec l'état de l'organe à réparer. Le lambeau sera carré, rubané, triangulaire ou représentera une pyramide à base renversée; et ces différentes variétés sont exigées par la déformation elle-même.

Le coup-d'œil du chirurgien peut seul servir de guide dans la confection du lambeau. Il ne faut pas, cependant s'en rapporter entièrement à lui; on pourrait ainsi compromettre le succès et ne pas atteindre toute la perfection possible dans la réparation. Rien ne peut remplacer les mesures exactes que l'on peut prendre sur la difformité elle-même, et c'est pour cela que le médecin doit imiter le sculpteur et le peintre, prendre des mesures sur tous les points de la région lésée, afin de donner au lambeau des dispositions conformes aux dispositions variées de la lésion. Pour arriver à ce but, on s'est servi de différentes substances, de plâtre, de papier et de cire qui se moulent avec plus ou moins d'exactitude sur la lésion. Le papier seul con-

vient lorsqu'il s'agit de prendre la forme des surfaces saignantes ou en suppuration. La cire et le plâtre peuvent être employés contre les déformations dans lesquelles il n'existe pas de plaie, ou lorsque le ravivement n'a pas encore été pratiqué. Cependant, il n'est pas toujours nécessaire d'être aussi minutieux dans les mesures à prendre, et l'on peut souvent s'en rapporter à l'œil lorsque l'on a l'habitude des opérations. Dans la méthode par déplacement, on a pour mesure les angles de la plaie même, d'où les incisions doivent partir pour la formation du lambeau. C'est ce que nous faisons tous les jours pour les réparations de la face, lorsque nous empruntons un lambeau au cou ou à la tête.

CHAPITRE IV.

DE L'ÉTENDUE ET DE LA DIRECTION DU LAMBEAU.

Les dimensions à donner au lambeau ne doivent pas être les mêmes exactement que celles de la difformité; car il faut prendre en considération les changements que l'ente animale doit éprouver par la suite; il faut savoir que le lambeau se rétracte, et ce retrait exige qu'on lui donne quelques lignes de plus, afin que, quand il aura eu lieu, la correspondance des parties soit parfaite. Je crois cependant que les chirurgiens ont attaché une importance trop grande à un

excès de largeur du lambeau ; en général, ils n'ont pas assez tenu compte des changemens dont je viens de parler, et de ceux qui résultent de la section du pédicule qu'il faut aussi faire entrer en ligne de compte, dans les cas où elle doit être pratiquée. On sait, en effet, qu'immédiatement après qu'il a été divisé le lambeau prend plus de largeur pour perdre de sa longueur, et cela en raison de l'élasticité qui lui est propre. Enfin, la rétraction du lambeau dépend elle-même un peu de l'espèce de pansement, de la manière dont la réunion a été faite, et du relâchement ou du tiraillement du pédicule. Il est certain, par exemple, que quand la réunion est faite avec exactitude par la suture, que le pédicule est relâché et que l'agglutination s'opère, il n'y a pas ou presque pas de rétraction. Somme toute, il vaut mieux donner au lambeau un peu plus de largeur que moins. Une largeur trop considérable a pour inconvénient de laisser des plis plus ou moins difformes, ou bien d'exposer à une réunion incomplète et à des suppurations partielles. C'est dans ces cas qu'on voit les bords du lambeau suppurer, végéter et se recoquiller, et qu'on peut être obligé d'en retrancher des portions. Il y a une distinction importante et qu'il faut toujours faire entre une partie réparée, pendant le bourgeonnement et la suppuration, et une partie raccoutrée lorsqu'elle est encore saignante. La première réparation est accompagnée d'une certaine rétraction dans la surface ; à cause de cela même, le lambeau ne

doit pas offrir plus de largeur que n'en comporte la surface suppurante. On peut, au contraire, en accorder très peu lorsque l'on met en contact deux surfaces saignantes.

La direction du lambeau est droite, oblique ou courbe; elle dépend de la position différente de la partie à réparer, de la région où le lambeau est emprunté, et, enfin, du point éloigné ou voisin de l'altération. Elle dépend aussi de la manière dont les incisions sont pratiquées.

CHAPITRE V.

DE LA LARGEUR ET DE LA LONGUEUR QU'IL FAUT ACCORDER AU PÉDICULE.

Le pédicule est la partie qui tient au reste du corps; on lui a encore donné le nom de racine qui me paraît plus en rapport avec le rôle qu'il joue dans la nutrition du lambeau : cela n'est réel au reste que dans les premiers temps, lorsqu'il vient d'être transporté et greffé dans le lieu qui lui est assigné. La largeur et la longueur du pédicule doivent être en rapport avec les dimensions du lambeau, la structure de la région où il est transporté et les tiraillemens qu'il doit éprouver de la part des tissus dont il a été séparé. M. Blandin pense que dans la dissection du lambeau, il vaut mieux

ménager le pédicule que le lambeau lui-même, et nous pensons qu'il convient de le séparer avec un soin extrême des parties environnantes et de manière à lui conserver un soutien celluleux, membraneux, graisseux et vasculaire. « Dans la dissection du pédicule « du lambeau, dit-il, il est encore plus nécessaire « que dans celle du lambeau lui-même de prendre « soin de ne pas raser la peau de trop près; il faut « en effet laisser des vaisseaux dans son épaisseur et « en laisser le plus possible (1)... »

Tous les principes qui viennent d'être émis ont pour but de démontrer combien il est important que le lambeau conserve sa vitalité pour la réussite de l'opération, et nous nous sommes attaché à prouver que la vascularisation artérielle était importante et cela d'autant plus que l'exhalation y est moins active.

CHAPITRE VI.

DU MANUEL OPÉRATOIRE, DES SOINS A DONNER AU MALADE PENDANT ET APRÈS L'OPÉRATION. — DES ACCIDENS PRIMITIFS DE L'OPÉRATION. — SECTION DU PÉDICULE. — POSITION DU MALADE.

Il n'y a pas d'opération chirurgicale qui réclame pour le malade et pour le médecin une position plus commode que les opérations autoplastiques. Ces

(1) *De l'Autoplastie*, Paris, 1836, p. 105.

opérations sont, en effet, longues et douloureuses, et sous ce rapport, le chirurgien a besoin de conserver jusqu'au bout sa fermeté et sa dextérité, tandis que le malade a besoin d'une position convenable afin de pouvoir résister aux souffrances qu'il doit endurer.

Lors donc que le siège de la difformité à réparer permettra la position horizontale, il faudra la donner au malade afin de prévenir la syncope et ces accidents qui pourraient résulter d'une excessive douleur et d'une position fatigante.

Enfin le chirurgien doit aussi faire entrer en ligne de compte l'âge du malade et sa constitution forte ou débile, l'énergie de son courage et de sa volonté.

En général, toutes les autoplasties qui se pratiquent sur le bassin, sur l'abdomen doivent être faites, le malade étant dans une position horizontale. Non-seulement cette position est plus commode pour le chirurgien ; mais c'est la plus avantageuse pour le malade qui ne voit pas l'opération et supporte mieux la douleur. En outre, l'opération est ainsi plus prompte.

Les autoplasties faciales se font dans une position assise et légèrement inclinées, et par conséquent dans une situation demi-horizontale.

Le malade dans tous les cas doit être exposé à une vive lumière pour que le chirurgien puisse exécuter tous les temps de l'opération avec exactitude et célérité. Une fausse lumière peut faire croire à un ravivement ;

lorsque le bistouri n'a pas rendu un point de la surface saignant.

Procédé opératoire.

Le procédé opératoire dans toute opération autoplastique se compose de plusieurs temps : 1° du ravivement ; 2° de la dissection du lambeau et de la ligature des vaisseaux ; 3° de la réunion ; et enfin du traitement consécutif.

1° *Ravivement.* — Posons d'abord en principe que l'autoplastie ne peut réussir qu'autant que le ravivement est complet en profondeur et en surface. Il ne faut pas, en effet, se borner à rendre saignans les bords d'une fente, d'un trou et d'une large ouverture ; mais il faut encore étendre le ravivement à toute la circonférence intérieure de la difformité en faisant pénétrer l'instrument, s'il le faut, jusque dans la cavité de l'organe lui-même. En ravivant les bords d'une ouverture accidentelle on n'a pas tout fait, et il est indispensable d'enlever la peau, la cicatrice dans l'étendue d'un ou plusieurs centimètres au-delà des lèvres de la déformation.

C'est à l'aide du bistouri, des ciseaux courbes ou droits et de pinces longues ou courtes ; mais toujours à dents convenablement disposées pour qu'elles n'abandonnent pas ce qu'elles doivent saisir, que l'opération est pratiquée. Sur une perte de substance en surface, le ravivement est fait avec un bistouri pro-

mené en dédolant, et quand il s'agit d'un ravivement en profondeur la pointe de l'instrument doit être portée perpendiculairement et promenée suivant la circonférence du trou en lui imprimant des mouvements d'allée et de venue. C'est la meilleure manière de raviver, c'est la plus courte et c'est la plus sûre.

On a conseillé de raviver les surfaces, avant de pratiquer l'autoplastie, avec le nitrate d'argent ; c'est un moyen infidèle qui nous a cependant quelquefois réussi.

Ainsi ces réparations, ces restaurations sont toutes précédées du ravivement de la partie déformée et quelquefois le lambeau lui-même est rafraîchi comme dans la méthode tagliacosienne, je dis quelquefois, parce que presque toujours, il est appliqué sur la surface à réparer aussitôt après sa dissection, et alors il n'a pas besoin d'être ravivé.

Il n'est pas non plus toujours besoin de rafraîchir le lieu d'implantation du lambeau, lorsque, par exemple, le cancer vient d'être enlevé. Il en est de même lorsque l'on veut tarir une suppuration par l'autoplastie ou lorsqu'on désire prévenir la récurrence du cancer.

Ce n'est que lorsque les parties sont rendues susceptibles d'adhésion, et que les surfaces sont rendues saignantes, qu'il convient de les mettre en contact, et ce n'est enfin que lorsque la surface en suppuration est couverte de bourgeons que l'on peut procéder à la réunion.

2° *Dissection du lambeau.* — Le bistouri est pro-

mené sur la peau suivant les lignes tracées préalablement; on procède à la dissection du lambeau de sa base vers son pédicule ou sa racine. On le saisit avec des pinces qui doivent être promptement remplacées par les doigts afin de meurtrir le moins possible les tissus. Le bistouri porté à plein tranchant est promené dans toute l'étendue en évitant de trouer les tégumens ou de les dépouiller du tissu cellulaire qui les double et contribue à leur nutrition.

Ce n'est que exceptionnellement et dans la méthode de Tagliacozzi que l'on détache le lambeau vers son milieu en le laissant fixé par les extrémités pendant un certain temps.

Les vaisseaux artériels doivent être liés à mesure qu'ils fournissent du sang, à moins que l'opération soit courte et rapide, cas dans lequel il vaut mieux procéder à leur ligature après la dissection. La ligature des vaisseaux est importante pour empêcher le décollement du lambeau lorsque les artères offrent un certain volume, à moins que la suture ne suffise, ce qui arrive le plus ordinairement pour arrêter tout écoulement de sang.

3° *Réunion.* — Que la surface accidentellement détruite ou déformée soit couverte de bourgeons ou rendue saignante, le médecin doit appliquer contre elle la face profonde du lambeau, et il doit maintenir ces surfaces en contact pendant le temps nécessaire pour obtenir une adhésion parfaite. Tout cela s'opère souvent par un simple rapprochement, par un simple

glissement du lambeau, tantôt par une torsion de son pédicule et tantôt enfin par son roulement sur lui-même (Velpeau). Il est fort important de ne pas trop tordre le pédicule du lambeau sur lui-même en lui faisant décrire seulement un demi-arc de cercle pour que la circulation puisse être conservée.

Toutes les fois que le chirurgien peut affronter les surfaces saignantes, il doit le faire ; mais lorsqu'on est forcé de détruire les tissus profondément placés avec le fer rouge ou les caustiques, il convient d'attendre la formation des bourgeons cellulaires pour réparer la difformité. C'est ainsi que l'on doit agir encore lorsqu'on a été obligé de ruginer les os.

Comment convient-il de maintenir les surfaces en contact ? Est-ce à l'aide d'un bandage ou de la suture ? Les bandelettes agglutinatives réunissent mal les surfaces saignantes et ne les maintiennent que fort indirectement en contact.

La suture au contraire remplit parfaitement toutes les vues du chirurgien, et dans l'autoplastie elle doit être employée universellement. En ayant recours à un autre moyen de réunion, on compromet, selon moi, le résultat de l'opération. Les sutures préférées sont l'entortillée et l'entrecoupée. Tous les chirurgiens ne leur accordent cependant pas le même degré de confiance. C'est ainsi que Graefe et Dieffenbach aiment mieux la première, et pour la pratiquer ils se servent d'épingles fines qu'emploient les entomologistes pour fixer les insectes. M. Dieffenbach multi-

plie beaucoup les points de suture, et je ne crois pas cette manière d'agir exempte de dangers, une inflammation grave, ainsi que je l'ai observé, pouvant en résulter. On sait, en effet, que l'inflammation, circonscrite d'abord au point de la suture gagne bientôt les points de suture voisins, et il peut en résulter un insuccès s'il ne se manifeste pas des accidens plus graves par suite d'un excès d'inflammation peu favorable au travail d'adhésion. On ne doit donc pas, sans nécessité, multiplier les points de suture, mais il faut les rapprocher assez pour maintenir les surfaces en un contact exact, et pour éviter que des matières ou des liquides irritans ne filtrent et ne s'opposent à la réunion.

Je préfère de beaucoup la suture entrecoupée, faite avec des fils cirés d'une faible largeur; mais non pas complètement ronds. La suture entrecoupée est applicable à toute espèce d'autoplastie, et on sait qu'il ne peut en être ainsi pour la suture entortillée. Dans l'anse de la suture il faut embrasser le plus possible de tissus afin qu'ils ne soient pas trop tôt coupés.

M. Blandin pense que pour la blépharoplastie on peut se dispenser de la suture: dans mon opinion, il est plus prudent d'en faire usage.

J'ajouterai, pour terminer ce qui a rapport à la suture, qu'il s'agit moins ici de maintenir d'une manière invariable les parties anaplastiques, que de veiller à la conservation de la circulation. Or par la suture emplumée et la suture entortillée, on comprime

toujours une surface assez étendue, de manière à priver le lambeau d'une quantité de sang qui lui est indispensable pour sa propre nutrition et pour la déposition de la matière agglutinative. Dès lors il est utile d'éviter toute compression qui puisse compromettre sa vitalité.

La suture à points séparés nous a toujours paru préférable, et elle est la seule dont nous nous servions. Chaque point de suture n'embrasse, en effet, qu'une minime quantité de parties, et n'expose pas à la gangrène, puisqu'elle coupe lentement les tissus sans les désorganiser.

L'inflammation qui résulte de l'application des fils est en général circonscrite et bornée aux tissus qui supportent la constriction, ce qui n'empêche pas le travail d'agglutination et la fusion des surfaces saignantes. Il est important de s'opposer à une inflammation qui pourrait dépasser ces limites. On prévient ce travail inflammatoire, si contraire à la réunion immédiate par des points de suture entrecoupée, peu nombreux, car on sait que leur multiplicité détermine des inflammations qui s'opposent à l'adhérence et qui rendent l'opération inutile.

Nous avons eu la douleur de voir plusieurs fois des opérations échouer entre nos mains précisément parce que nous avons trop multiplié les points de suture. Ces insuccès ont éveillé notre attention et nous ont fait éviter le danger que nous signalons.

Au reste, les craintes de voir un liquide ou une

matière passer entre le lambeau et la perte de substance sont mal fondées, parce que l'inflammation qui s'empare des parties suffit pour les engorger et combler les petits intervalles que les chirurgiens s'efforcent d'effacer par de nombreux points de suture. En Allemagne, Dieffenbach a eu souvent des inflammations violentes qui se sont déclarées à cause de l'abus qu'il en fait.

Quand l'autoplastie est pratiquée dans la profondeur de certains organes, on consolide la suture par un double nœud, ou on tortille les fils comme je le fais pour l'autoplastie intestinale, ou bien enfin on serre faiblement de manière à permettre aux tissus de s'étendre quand ils s'engorgent.

4° Pansement. — Immédiatement après avoir lavé la plaie, l'avoir arrosée d'eau froide, avoir légèrement pressé le lambeau pour éviter que du sang s'accumule derrière lui, et après avoir placé les ligatures obligées, on applique un linge troué enduit de cérat, ou une rondelle d'agaric sur la plaie, et le tout est maintenu à l'aide d'une douce compression exercée avec une bande.

Le lendemain le pansement est fait avec soin, et une compression modérée est exercée principalement dans le but de seconder les effets de la suture.

Soins à donner après l'opération. — Accidens primitifs. —

Section du pédicule.

Lorsque tout marche sans accident on peut se

borner à employer ce pansement dans toute sa simplicité, mais on interdira dans tous les cas d'une manière absolue les mouvemens de la région autoplastique, et l'on préviendra avec soin toutes les causes qui pourraient amener des déchirures dans les lèvres de la plaie. Les opiacés conviennent pour ramener le calme, et ils sont donnés à des doses différentes suivant l'espèce d'autoplastie, l'âge, la constitution du sujet, etc.

Les points de suture sont enlevés plus promptement dans certaines régions que dans d'autres. Ainsi dans les régions où les liquides sont très plastiques, il suffit de quelques jours et quand le lambeau offre une grande épaisseur, on peut les laisser quelques jours de plus. En laissant les fils trop long-temps en place, on s'expose à ce qu'ils coupent et détruisent les tissus, et s'il s'agit d'un organe creux, il peut en résulter une fistule.

Il est des points du corps où les sutures doivent être laissées plus long-temps, et lorsqu'il s'agit d'une réparation de la face, de la poitrine ou des organes génitaux externes, endroits où l'on suit tous les changemens qui se passent dans la réparation, on peut les laisser un peu plus sans inconvénient; cependant, du moment que le fil pénètre dans l'épaisseur des lèvres de la plaie, on doit l'enlever.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi régulièrement, et il arrive quelquefois une inflammation vive, un étranglement ou de la gangrène.

L'inflammation est quelquefois modérée, et il suffit pour l'éteindre d'avoir recours aux réfrigérans souvent renouvelés. Lorsqu'elle offre plus d'intensité, quelques sangsues appliquées dans les environs peuvent avantageusement la combattre. Il m'a semblé qu'une onction faite avec l'onguent napolitain ou avec la pommade au nitrate d'argent valait mieux et suffisait toujours.

Lorsque le lambeau se sépare et qu'il n'a pas adhéré, il convient encore d'attendre la période de bourgeonnement pour le remettre en place de nouveau.

Toutes les fois qu'il survient un gonflement insolite, il est bon de couper les points de suture ou de les relâcher, de soutenir le lambeau par la compression, de manière à éviter la douleur qu'ils déterminent dans les parties enflammées.

La gangrène peut survenir dans le lambeau parce qu'il est trop comprimé, parce qu'il a été mal disséqué, parce qu'il est mal alimenté, ou encore parce qu'une inflammation vive ou érysipélateuse s'en est emparée.

Le plus ordinairement la gangrène est partielle, mais quelquefois elle envahit toute l'épaisseur du lambeau. La gangrène partielle se limite, et quelquefois n'empêche pas un résultat satisfaisant. Dans certains cas elle est due à la compression exercée par la suture entortillée sur une partie qui a perdu de la vitalité par suite de son déplacement. On ne remarque

pas cet accident par la suture entrecoupée qui ne comprime qu'une minime surface. On combat cette gangrène par des ablutions d'eau alcoolisée, et l'application de compresses et de charpie trempées dans l'eau-de-vie camphrée.

Les premiers phénomènes qui s'observent entre les deux surfaces saignantes sont les suivans : d'abord une certaine quantité de sang se dépose entre elles, et une quantité variable d'un produit plastique dépourvu alors de toute espèce de vascularisation est exhalée dans le principe. Si la quantité de sang est fort peu considérable, la matière fibrineuse sert probablement de moyen d'union, et concourt à l'adhérence de la greffe réparatrice. Mais s'il est déposé en telle proportion qu'il soulève le lambeau, il s'oppose à toute agglutination. Voilà pourquoi il est précieux d'empêcher l'issue du sang des vaisseaux par la torsion ou la ligature de ceux-ci avant de pratiquer la suture. Dans ce liquide les vaisseaux ne tardent pas à se développer, et des phénomènes vitaux à se déclarer.

Sans nous arrêter au mode de développement de ces vaisseaux, il importe de dire que cette création s'exécute dans un temps plus ou moins long suivant les parties sur lesquelles on opère, et que faute d'avoir fait cette distinction on a eu à déplorer des accidens à la suite de la section du pédicule. Si, en effet, on pratique cette dernière opération avant que le lambeau puisse se suffire à lui-même par le moyen

des vaisseaux qui apportent le sang de la périphérie, il est évident que la gangrène pourra survenir.

CHAPITRE VII.

DE LA SECTION DU PÉDICULE ET DES PHÉNOMÈNES QUI EN RÉSULTENT.

Tout ce qui vient d'être dit, relativement à l'adhérence des surfaces entre elles, est fondé sur des faits pratiques, une longue expérience et une étude attentive des suites de la section du pédicule dans diverses régions du corps. Je poserai en principe, que cette section doit être admise d'une manière générale lorsqu'il existe un pédicule tordu sur lui-même. Mais il faut savoir que certaines régions jouissent d'une propriété anaplastique excessive. Ainsi, par exemple, au bout d'un temps très court, j'ai pu couper le pédicule du lambeau, parce que celui-ci avait été taillé aux dépens des régions très vasculaires de la face; et, au contraire, dans d'autres parties jouissant peu des propriétés qui distinguent les premières, j'ai été conduit à ne pratiquer la section du pédicule que d'une manière tardive. En résumé, toutes les fois qu'on appliquera un lambeau sur une partie peu vasculaire, il faudra mettre beaucoup de prudence dans la section de son pédicule.

M. Blandin veut que cette section soit aban-

donnée après les opérations anaplastiques, et ce n'est suivant lui qu'exceptionnellement qu'on doit y avoir recours comme dans les autoplasties par transplantation. Mais il n'est pas prouvé que le lambeau après la section du pédicule change de couleur et se déforme parce qu'il n'a plus de soutien; et, quoiqu'il puisse arriver qu'en certaines circonstances le lambeau se décolore, je pense qu'il ne change ainsi que momentanément et à l'instant de la section du pédicule pour reprendre bientôt sa coloration et sa vitalité. Non-seulement le lambeau m'a paru conserver l'élasticité de la partie où il avait été emprunté sans affaissement, mais encore la coloration, et nous verrons qu'il en recouvre toute la sensibilité. Ainsi, je pense que toute incertitude doit cesser quant aux conséquences de la section du pédicule. Bien plus, cette section devient indispensable quelquefois lorsqu'il forme un pont, qu'il existe une suppuration par une de ses faces qui ne disparaît que lorsque la torsion a cessé. D'ailleurs, la présence du pédicule est très souvent la cause de difformités et de gêne dans les mouvemens, que l'on ne peut avantageusement combattre que par sa section; par exemple, lorsqu'il s'agit de fermer un angle, une échancrure, comme pour une paupière, l'angle interne et la partie moyenne étant formés par le lambeau, et la commissure externe ne l'étant pas à cause de l'insertion du pédicule. Il en est de même quand il s'agit de rétablir les mouvemens du bras après la des-

truction d'une bride, le pédicule du lambeau limitant alors l'étendue des mouvemens qui deviennent très faciles après sa section comme plus tard nous en rapporterons un exemple. Nous avons vu des malades chez lesquels le pédicule était cause de tiraillemens douloureux et incommodes; plusieurs fois nous avons été forcé d'en faire la section dans des cas pareils pour des anaplasties faciales par torsion.

Quoi qu'on en ait dit, le pédicule est quelquefois, je le répète, cause de déformations choquantes qui ne disparaissent pas à la longue, et qui, au contraire, prennent plus de développement avec le temps, à cause d'un surcroît de nutrition et qui ne cèdent qu'à sa section.

La section du pédicule est une opération simple, car il suffit de passer une sonde canelée sous lui et un bistouri à lame étroite pour le diviser. Ce temps de l'opération doit être exécuté avec beaucoup de prudence; car, autrement, si les adhérences n'étaient pas solides on pourrait les détruire ou exercer des tiraillemens douloureux. J'aime mieux, ainsi que j'en ai toujours l'habitude, le couper de la superficie vers la profondeur de la peau. C'est à petits coups de bistouri que cette section s'exécute. Il s'écoule un peu de sang, parfois même par jet, le lambeau pâlit, perd de sa température et de sa couleur, puis il s'affaisse, mais tout cela n'est que passager; car bientôt les plaies s'enflamment, suppurent, se cicatrisent, et l'extrémité du pédicule disparaît en s'aminéissant.

S'il s'agit d'attacher le pédicule pour combler une échancrure, on le fixe à l'aide d'un point de suture entrecoupée en lui donnant la forme qu'il doit avoir pour combler l'espace et pour pouvoir s'y accommoder.

Il ne m'est arrivé que bien rarement de le voir se gangréner, et ce n'est que dans des opérations de cystoplastie, quand il était excessivement long, qu'on en voyait une petite portion tomber en gangrène.

Après cette section il survient de l'inflammation dans la surface de la plaie et dans ses environs, la suppuration se montre, les parties se dégorgent et le pédicule s'efface et disparaît. Il est bien entendu que quand il est adapté à une autre surface saignante ou bourgeonnante, l'inflammation est à-peu-près nulle. Ainsi, d'après ce qui précède, il est certain que le lambeau éprouve un changement d'organisation manifeste, qu'une circulation nouvelle s'y établit, et que le sang lui arrive en partie par les capillaires de l'organe réparé et en partie par la racine lorsque celle-ci a été conservée. C'est donc alors une circulation capillaire et de nouvelle formation qui existe.

Examinons quelles sont les modifications importantes qu'éprouvent les parties nerveuses.

La sensibilité d'abord plus obtuse dans le lambeau y devient bientôt presque aussi évidente qu'avant l'opération; quelquefois, la sensation perçue n'est

pas rapportée par le malade au lambeau lui-même, mais bien à l'endroit où il était primitivement placé. J'ai remarqué que cette singulière perversion de la sensibilité disparaît après un certain temps, et le lambeau finit par jouir de toutes les propriétés dont il était pourvu avant la dissection. Au reste la perversion dont je parle ne m'a paru évidente qu'à la suite des opérations de rhinoplastie ; elle peut fort bien s'expliquer, ainsi que le dit M. Blandin, par l'origine des nerfs qui entrent dans la structure du lambeau et qui reportent l'impression au cerveau. L'erreur est une suite de l'habitude assez facile à corriger, puisque au bout d'un mois, un mois et demi, le malade reconnaît parfaitement le point touché et ne se méprend plus sur le véritable siège de la douleur.

Mais avant d'examiner la question de savoir si les parties nerveuses de nouvelle formation se produisent de la même façon que les parties vasculaires, il importe de noter comme faits bien établis que les sécrétions se font avec la même régularité, que la sueur mouille le lambeau comme les autres parties, que les poils continuent à croître et à se développer, qu'ils acquièrent même une nouvelle activité ; que la portion de peau déplacée jouit enfin des mêmes fonctions qu'auparavant. M. Blandin dit que le bulbe des poils s'atrophie et que les poils tombent sur le lambeau, et il ajoute qu'il y a peu d'inconvéniens par conséquent à transporter une partie velue puisqu'elle doit se débarrasser de ses portions épidermiques et

devenir glabre on ne plus offrir qu'un duvet. A l'appui de son opinion, ce chirurgien cite le fait d'un homme dont la sous-cloison du nez avait été faite avec une portion de peau prise aux dépens du cuir chevelu : les cheveux tombèrent, et des poils fins, soyeux et courts les remplacèrent (¹). Nous pensons que ce remarquable observateur a parlé seulement d'après un fait de rhinoplastie et qu'il a parlé de la partie d'un lambeau qui était probablement mal nourri, car nous avons constamment observé le contraire, soit que nous ayons refait un sourcil aux dépens du cuir chevelu, soit une paupière, et nous avons toujours observé que les poils soyeux et le duvet prenaient du développement et du volume. Ces mêmes phénomènes se sont passés et les poils ont paru avec une grande activité sur des lambeaux qui servaient à fermer des fistules vésico-vaginale ou des portions de tégumens empruntés à un des points de la face, et alors couverte d'un fin duvet qui prenait bientôt le caractère des poils. Plus tard nous aurons occasion de revenir là-dessus. Nous avons remarqué plusieurs fois aussi une suractivité de toutes les fonctions du lambeau, nous avons vu non-seulement les poils de rudimentaires qu'ils étaient, prendre un accroissement anormal ; mais le lambeau entier acquérir un plus grand développement, se boursoufler et devenir ainsi la cause d'une difformité nou-

(¹) Blandin, *Autoplastie*, p. 494.

velle que l'on peut détruire par un procédé que je crois avoir pratiqué et indiqué le premier. Ainsi lorsqu'une semblable difformité a lieu, j'ébarbe le lambeau en rasant avec un bistouri toute la portion exubérante. Cette opération se fait sans accident; cependant, disons qu'avant d'y recourir il faudrait couper le pédicule si déjà on ne l'avait fait, cette simple opération pouvant suffire pour arrêter cet excès de nutrition.

Il ne faut pas compter sur le rétablissement de toutes les fonctions d'un organe qui a éprouvé une perte de substance. Ainsi, toute mobilité est perdue pour une partie si les muscles ont été désorganisés par la maladie. Mais si des portions contractiles ont été ménagées dans la région que l'on répare, elle peut encore exécuter quelques mouvemens. Nous avons vu plusieurs fois des paupières nouvellement fabriquées posséder une certaine mobilité, grâce aux fibres musculaires dont quelques attaches avaient encore été conservées. Ce fait est de la plus haute importance dans l'application de l'autoplastie principalement aux parties qui jouissent habituellement d'une mobilité excessive.

J'arrive maintenant aux expériences nombreuses que j'ai faites sur la sensibilité des lambeaux et sur la manière dont elle se rétablit. Cette question intéresse vivement, considérée en elle-même ou dans ses rapports avec les fonctions du système nerveux en général, surtout depuis que les expériences de

M. Matteucci (1) tendent à expliquer le rétablissement des courans nerveux sans qu'il y ait pour cela continuité nerveuse entre les organes. Mes recherches tendent à prouver que le rétablissement de l'action nerveuse dans le lambeau autoplastique s'opère sans qu'il y ait formation nouvelle de substance nerveuse.

Dans un ouvrage dont la publication date déjà de plusieurs années, j'ai examiné une question qui touche aux points les plus élevés de la physiologie, je veux parler de la cicatrisation des nerfs et des renflemens nerveux (2). Il s'agit, en effet, de savoir si la force plastique qui fournit les élémens de réparation dans les solutions de continuité de nos organes est suffisante pour reproduire une portion de nerfs détruite, ou même pour rendre à un nerf coupé son intégrité première ?

En supposant qu'on arrive à résoudre cette question négativement, il reste à savoir si après la section d'un nerf l'action nerveuse se rétablit dans les parties situées au-delà de la solution de continuité, et, dans ce cas, comment s'opère ce rétablissement ?

Je crois être parvenu, dans l'ouvrage que je viens de citer, à réfuter l'opinion des physiologistes qui admettaient la reproduction de la substance nerveuse.

Toutefois les expériences si habilement instituées

(1) *Traité des phénomènes électro-physiologiques des animaux.* Paris, 1844, in-8°.

(2) *Etudes sur le système nerveux.* Paris, 1838, 2 vol. in-8°.

de M. Flourens (1) démontrant que la sensibilité peut renaître dans un nerf divisé, laissent une apparente contradiction entre les résultats physiologiques et les faits anatomiques tels que je les ai observés, en sorte qu'un doute légitime régnait encore sur ce point dans la science.

Aujourd'hui, si je ne me trompe, toute difficulté peut être levée. Depuis six années que j'ai repris la question au point où nous venons de la laisser, j'ai exécuté des expériences nombreuses et nouvelles : je me suis placé dans des conditions non-seulement plus propres à fournir des résultats concluans, mais encore à donner à la question elle-même plus d'importance et de grandeur.

J'ai profité des ressources qu'offraient à l'expérimentation les procédés autoplastiques dont s'est enrichie la chirurgie contemporaine. Au lieu d'opérer sur des filets nerveux ainsi qu'on l'avait fait jusque-là, j'ai pris au sein des tissus vivans des lambeaux plus ou moins considérables, et je les ai appliqués sur des surfaces saignantes avec lesquels ils n'avaient auparavant aucun rapport, en me bornant à laisser un étroit pédicule qui servait, pour ainsi dire, de racine au lambeau séparé jusqu'à ce que de nouveaux rapports se fussent établis, jusqu'à ce que la greffe animale se fût consolidée. La consolidation obtenue, je coupais le pédicule en produisant le plus ordinairement une

(1) *Recherches expérimentales sur les fonctions et les propriétés du système nerveux*. 2^e édition. Paris, 1842, in-8^o.

perte de substance. J'avais alors au milieu des tissus vivans une île, si je puis dire ainsi, de matière organisée qui n'avait pu puiser les élémens de sa nutrition, et se mettre en relation avec les centres nerveux que par l'intermédiaire d'une cicatrice.

Il me restait donc à suivre les phénomènes qui se passaient dans cette greffe animale, à rechercher si la sensibilité s'y affaiblissait en même temps que la nutrition pour reparaître avec elle et enfin à déterminer par quelles voies s'opérait anatomiquement la communication avec les centres nerveux.

Les observations que je vais rapidement énumérer répondent à ces questions.

5^e *Observation.* — Une fille, âgée de 21 ans, entra dans mon service le 25 juin 1844 pour être opérée d'un ectropion de la paupière supérieure gauche. Cette difformité, résultat de cicatrices vicieuses, consécutives à une brûlure, laissait l'œil à découvert. Le bord ciliaire de la paupière, ramené en haut, formait un angle dont le sommet était fixé à l'arcade sourcilière; au-dessous existait un bourrelet formé par la conjonctive enflammée.

J'excisai ce bourrelet, et la bride qui unissait le bord palpébral à l'arcade sourcilière fut ensuite incisée. Cela fait, je taillai un lambeau sur la région temporale, et je le fixai entre les deux lèvres de la division. Les paupières et la joue se tuméfièrent, et la réunion se fit par première intention.

Dix jours après l'opération (le 12 juillet) les prodromes d'une fièvre éruptive se déclarèrent et furent suivis d'une éruption variolique confluente. J'observai alors ce fait remarquable, que des boutons mal développés n'apparurent sur le lambeau que le 20 juillet, après que tout le reste du corps en était couvert. Le 21, la cicatrice qui unissait le lambeau aux parties voisines était détruite, un sillon en suppuration se forma autour de ce dernier qui ne se détacha pas entièrement.

Alors la sensibilité était intacte dans le pédicule, plus obscure dans le reste du lambeau.

Le 1^{er} août, les croûtes commencèrent à tomber. Le 6, le sillon qui entourait le lambeau était presque comblé et de nouveau en voie de cicatrisation. Le 9, la nutrition du lambeau paraissant assurée, je coupai le pédicule.

La portion restée adhérente aux tégumens de la tempe conserva toute sa sensibilité, soit qu'on la touchât avec le nitrate d'argent, soit qu'on la piquât. Le lambeau pâlit, sembla se flétrir, et devint insensible au contact du caustique et aux piqûres des épingles. Toutefois si j'appuyais fortement, la malade déclarait ressentir non pas une piqûre légère, mais une pression, phénomène que je n'attribuai pas à la sensibilité du lambeau lui-même, mais à la sensation perçue par les parties sous-jacentes. Renouvelées les jours suivans, les mêmes expériences donnèrent des résultats semblables.

Enfin, les premiers jours de septembre, la sensibilité reparut dans le lambeau, et en même temps il reprit toute sa vascularité. Lorsque la malade sortit, il jouissait d'une sensibilité égale à celle des parties voisines.

Ainsi : 1° *Application du lambeau.* — La sensibilité se maintient encore un peu dans le pédicule, et disparaît dans le reste du lambeau.

2° *Section du pédicule.* — La sensibilité s'éteint dans le lambeau qui se flétrit; elle reparait plus tard avec la vascularité et s'accroît avec elle.

Tels sont les phénomènes relatifs à la sensibilité qui ressortent manifestement de cette observation. Nous les retrouverons avec des particularités nouvelles dans les observations suivantes :

6° *Observation.* — Un homme de 45 ans, nommé Boutard, entra dans mon service le 3 décembre 1840. Dix-huit mois auparavant il avait eu le côté gauche du tronc et le bras du même côté horriblement brûlés. Après une longue suppuration des cicatrices vicieuses s'établirent et soudèrent les tégumens du bras à la partie correspondante de la poitrine dans l'étendue de trois pouces environ.

Les mouvemens du membre étaient très bornés. Le 17 décembre, je coupai la bride épaisse qui unissait le bras au tronc; je taillai un lambeau sur la poitrine au-dessous du sein; et, le renversant sur son pédicule, je le fixai entre les deux lèvres de la plaie.

Un érysipèle survint et envahit le lambeau vers le milieu de janvier. La réunion fut lente à s'effectuer, et, pendant ce temps, la sensibilité, qui était obscure dans le reste du lambeau, avait peu-à-peu reparu dans le pédicule.

A la fin de janvier, l'érysipèle ayant disparu, la sensibilité, à peine appréciable dans le lambeau, devint très manifeste dans le pédicule.

Je coupai le pédicule le 22 février. Trois jours après, il existait, entre les lèvres de cette nouvelle division un intervalle de plus d'un pouce, et le malade portait le bras à la tête.

En ce moment, la sensibilité était presque nulle dans le lambeau surtout vers le centre. Elle demeura très vague pendant le mois de mars.

Le 21 juillet 1843, deux ans et demi environ après l'opération, les mouvemens du bras gauche étaient presque aussi étendus et aussi faciles que ceux du bras droit. Le lambeau qui formait la paroi antérieure du creux axillaire conservait tous les caractères de la peau de la poitrine.

Sous l'impression du froid, on voyait le phénomène connu sous le nom de chair de poule, s'y produire, et la sensibilité y était à-peu-près aussi développée que dans les parties environnantes.

7^e Observation (*Cancer de la paupière inférieure. — Extirpation de la paupière. — Blépharoplastie*). — Un garde-champêtre, nommé Taillot, âgé de 54 ans,

entra dans mon service le 14 novembre 1839, pour être opéré d'une tumeur de mauvaise nature occupant le grand angle de l'œil. Les détails relatifs à cette tumeur et au mode opératoire ayant été publiés (*Gazette médicale*, tome VIII, page 41), je ne m'y arrêterai pas ; il me suffira de dire que les fibres du muscle orbiculaire ayant été envahies par la tumeur, je fus obligé d'en enlever une très grande partie. Le lambeau à l'aide duquel je refis la paupière, fut emprunté au sommet de la région malaire. Une inflammation érysipélateuse se déclara sur la tempe et envahit les parties voisines du lambeau qui se tuméfia. Le malade n'éprouva pas de douleurs, et la sensibilité n'était nette que dans le pédicule. Bientôt, la tuméfaction diminua et disparut entièrement. La vitalité de la nouvelle paupière fut bientôt assurée par des adhérences qui s'établirent sur tous les points, et la sensibilité reparut dans le lambeau. Grâce à quelques fibres du muscle orbiculaire qui avaient été conservées, la paupière artificielle fut douée d'une mobilité volontaire.

Un mois environ après l'opération, un nouvel érysipèle se déclara sur le côté droit de la face, et cet accident me permit de faire une remarque curieuse. Tandis que l'inflammation érysipélateuse, survenue dans les premiers jours, avait présenté son summum d'intensité dans les parties qui environnaient le lambeau, cette fois, au contraire, les phénomènes phlegmasiques furent extrêmement prononcés sur celui-ci.

On aurait dit qu'au moment du premier érysipèle la vitalité était trop faible pour fournir les éléments d'une véritable inflammation ; tandis qu'à l'époque où survint le second, la richesse vasculaire du lambeau étant très grande, l'inflammation put acquies, sur ce point, un développement proportionnel. Ainsi, nous voyons les phénomènes phlegmasiques suivre, dans les lambeaux autoplastiques, les mêmes phases que la nutrition et la sensibilité.

Je pourrais citer un grand nombre de faits qui démontreraient que le développement des productions cornées sur les lambeaux, se fait suivant la même progression, et qu'il peut s'exagérer comme la vascularité et la sensibilité.

Il est certain que Graefe et M. Dieffenbach se sont trompés, en avançant que les poils existant sur les parties auxquelles on empruntait un lambeau, tombaient après que ce dernier avait perdu ses rapports naturels. Peut-être cette chute a-t-elle lieu quelquefois dans les premiers jours qui suivent l'opération ou la section du pédicule. Pour moi j'ai toujours vu les poils acquies, sur les lambeaux un développement plus grand que celui qu'ils présentaient avant la transplantation de la surface cutanée à laquelle ils appartiennent.

Je ne veux citer, comme exemple, que les deux faits suivants :

8° *Observation (Ectropion de la paupière inférieure.*

— *Blépharoplastie. — Développement extraordinaire des poils sur le lambeau*). — Un jeune homme de 20 ans, nommé Désiré Islard, affecté d'ectropion de la paupière inférieure droite, depuis l'âge de 3 ans, et par suite de brûlures, fut opéré par moi, en 1835. Un lambeau pris dans la région malaire, servit à réparer la difformité, et il fut remarquable que les poils fins et blonds, qui existaient sur ce point des téguments avant l'opération, acquirent, dans l'intervalle de trois à quatre mois, une longueur de quatre à cinq lignes, et prirent une couleur plus foncée que ceux de la région malaire opposée.

Je passe à une observation qui fera connaître une nouvelle influence des lambeaux autoplastiques sur certaines dégénérescences des tissus.

9^e *Observation.* — Une femme, nommée Hubert, âgée de 53 ans, entra le 7 avril 1840, à l'hôpital Saint-Louis, pour être traitée d'un cancer occupant l'angle externe de l'œil gauche. L'origine de cette maladie, pour laquelle elle avait consulté successivement plusieurs médecins distingués, remontait à 1824.

Je me décidai à pratiquer l'extirpation de la tumeur, et pour réparer la perte de substance assez considérable que nécessita cette opération, je reformai la paupière inférieure au moyen d'un lambeau taillé aux dépens de la peau de la région temporale. J'obtins une réunion par première intention. Six

semaines après l'opération, je coupai le pédicule et la malade sortit guérie au bout de deux mois. Tandis qu'après la section du pédicule, la portion de ce dernier restée adhérente à la tempe jouissait d'une exquise sensibilité, le lambeau était insensible.

Je revis la malade quatre mois après l'opération, au mois de juillet 1840. Je notai que la vascularité du lambeau s'était considérablement accrue, et en même temps le développement de la sensibilité y était excessif.

Peu de temps après la maladie reparut, et la femme Hubert rentra dans mes salles en 1844. Il est digne de remarque que le cancer n'avait point récidivé dans le point qu'il avait occupé d'abord; au lieu de se développer dans l'angle externe, il siégeait cette fois dans le grand angle de l'œil, et n'atteignait pas le lambeau autoplastique.

Ce nouveau cancer fut extirpé et la perte de substance réparée au moyen d'un lambeau emprunté à la racine du nez. La réunion fut obtenue par première intention, et la malade sortit guérie en apparence.

Mais six mois s'étaient à peine écoulés, que la femme Hubert ressentit des élancemens qui partaient du fond même de l'orbite; l'état de l'œil devenant chaque jour plus inquiétant, la malade rentra pour la troisième fois à l'hôpital Saint-Louis, le 20 août 1842. La vue était alors perdue et je fus obligé d'extirper l'œil. Cette opération, pratiquée le 8 septembre, fut

suivie de guérison, et la malade sortit le 15 octobre.

Je la revis le 1^{er} juillet 1843. La vision s'effectuait beaucoup mieux par l'œil droit qu'avant l'extirpation de l'œil gauche.

Quant à la paupière artificielle, elle se présentait sous la forme d'un bourrelet de même couleur que la peau saine des parties voisines; elle était sensible au contact des corps que l'on promenait à sa surface, et il n'y avait point d'erreur sur le lieu où la sensation était provoquée. La vascularité était très développée; une seule piqûre d'épingle était suivie de l'écoulement de plusieurs grosses gouttes de sang.

On voit que cette observation est tout-à-fait conforme aux précédentes, quant aux phénomènes relatifs à la sensibilité; de plus on y remarque cette particularité curieuse que la diathèse cancéreuse a semblé reculer devant les lambeaux autoplastiques, comme si la vitalité des tissus était en quelque sorte régénérée par le seul fait de la greffe animale. Je crois devoir appeler, sur cette observation, l'attention des hommes de l'art, d'autant que le fait que je viens de rapporter n'est point isolé. J'ai eu l'occasion d'observer une femme nommée Ducreux, sur laquelle M. Blandin pratiqua, au mois d'octobre 1841, l'opération remarquable de la rhinoplastie, pour réparer les ravages produits par un *lupus* qui avait détruit les parties molles du nez; un lambeau fut taillé sur le front; l'opération réussit, et la femme Ducreux se considéra comme guérie; mais un nouveau tubercule s'est mon-

tré, il y a neuf mois environ, à l'union de l'aile droite artificielle avec la joue, et a fini par envahir la lèvre; d'autres tubercules se sont développés, et aujourd'hui (octobre 1844) le nez est entouré d'ulcères qui détruisent les chairs autour de lui sans l'entamer.

La peau du nez est très sensible et vasculaire; la base qui forme la partie inférieure avait été prise sur la limite du cuir chevelu et contenait quelques cheveux fins, qui, loin de tomber, ont pris du développement.

Je vais rapporter une observation, qui confirmera les précédentes et les complétera, en faisant connaître l'anatomie des tissus au milieu desquels on a pratiqué l'autoplastie.

10^e Observation. — Une blanchisseuse, nommée Lambert, âgée de 23 ans, entra pour la première fois dans mon service, en avril 1835. Huit mois auparavant, cette femme, qui offrait tous les caractères d'une diathèse scrofuleuse, avait eu sur la paupière supérieure gauche un ulcère qui détermina un ectropion.

Au moment où elle se mit entre mes mains, la conjonctive palpébrale était vivement irritée, comme fongueuse, et la conjonctive oculaire était rouge et boursoufflée.

En outre, une ulcération siégeant sur la région sourcilière, l'avait détruite au point qu'il ne restait du sourcil que la partie interne dans l'étendue d'un demi-pouce environ.

L'œil étant menacé, j'eus recours à la blépharoplastie : une incision ayant été faite sur la paupière, un lambeau, taillé aux dépens de la joue fut appliqué entre ses lèvres et maintenu à l'aide de trois points de suture.

Je réparai de même la perte de substance de la région sourcilière à l'aide d'un lambeau emprunté à la tempe. Les deux opérations réussirent et l'œil fut recouvert. Ce qui restait du muscle orbiculaire permit à la totalité de la nouvelle paupière de se mouvoir à-peu-près comme celle du côté opposé.

Plus tard le sourcil artificiel offrit une régularité remarquable, ce qu'on s'expliquera aisément si on fait attention que le lambeau employé à cette réparation avait été taillé aux dépens de la lisière du cuir chevelu, de manière à transporter une rangée de cheveux à la place des poils du sourcil détruit. Ces cheveux, au nombre d'une soixantaine, conservèrent une grande vigueur, et en ayant soin de les tenir coupés, ils formaient un sourcil moins épais que celui du côté opposé, mais régulièrement dessiné.

Excepté dans le pédicule, les deux lambeaux furent insensibles après l'opération ; mais la sensibilité revint graduellement et disparut de nouveau après la section des deux racines.

Sous le rapport du rétablissement de l'action nerveuse, je constatai les faits suivans en 1844 avant la mort de la fille Lambert :

1° Vascularité plus grande dans les deux lambeaux

que dans les parties voisines; une piqûre d'épingle amène l'écoulement de plusieurs gouttes de sang vermeil;

2° Au moment de la piqûre la malade témoigne une douleur très vive et ne se trompe jamais sur le point précis où la sensation est provoquée;

3° Mêmes phénomènes, moins la douleur et l'hémorragie, si l'on promène les barbes d'une plume sur la surface du lambeau.

C'est le 3 mars 1844 qu'il m'a été possible de compléter cette observation par l'examen anatomique des parties. La fille Lambert ayant succombé à la phthisie pulmonaire, je fus autorisé à faire l'autopsie, et voici ce que m'apprit la dissection attentive de la région fronto-palpébrale. En suivant les rameaux de la branche ophthalmique de la cinquième paire, je trouvai que le nerf lacrymal envoyait un filet parallèlement au rameau palpébral, mais aucune de ces divisions ne se portait à celui-ci. La branche interne du nerf frontal ne put être trouvée ni dans le lambeau palpébral, ni au-delà. Comme elle est située entre les muscles et la peau, elle avait été coupée, et sans doute elle s'était atrophiée. La branche externe du même nerf située entre le périoste et les muscles avait été respectée, elle passait sous le lambeau sourcilier, et émettait vers ce dernier quelques filets qui étaient coupés net au niveau de la cicatrice et se terminaient par un léger renflement sans arriver jusqu'au lambeau lui-même. Le nerf nasal qui ne correspondait pas aux lambeaux

ne présenta rien de particulier. Le nerf orbitaire du maxillaire supérieur donnait des rameaux temporaux, qui presque tous contournaient le lambeau palpébral sans s'y rendre. Un de ces rameaux coupé sur la limite du lambeau se terminait brusquement près de la cicatrice sans pouvoir être suivi au-delà.

En résumé : 1° aucun des filets nerveux appartenant aux lambeaux ne put être retrouvé ;

2° Aucun des filets nerveux qui environnaient les lambeaux ne pénétrait dans ces derniers, tous s'arrêtaient brusquement au niveau de la cicatrice ;

3° Il fut impossible de trouver aucune trace de substance nerveuse dans le tissu cicatriciel, on n'y trouva que des ramifications vasculaires. Je noterai encore que la dissection permit de retrouver dans le lambeau palpébral tous les éléments propres à la peau de la région malaire externe à laquelle il avait été emprunté. Le lambeau sourcilier offrait également les caractères de la peau de la tempe, il était seulement plus vasculaire.

Ces données anatomiques, si curieuses en regard des phénomènes observés sur le vivant, réclamaient une confirmation, et j'ai entrepris dans ce but une série d'expériences sur les animaux. Sur une chèvre j'ai pratiqué une première opération autoplastique à la joue gauche le 4 juin 1843. Le 2 juillet suivant j'en ai pratiqué une autre sur le dos du nez, et peu de temps après je l'ai encore opérée dans la région mentonnière. Je n'insisterai pas sur les phénomènes

observés avant et après la section du pédicule, il me suffit de dire que je les trouvai conforme à-peu-près à ce que j'avais observé chez l'homme.

L'animal ayant été sacrifié en février 1844, voici ce que m'apprit la dissection des nerfs :

A gauche, la septième paire se renfle et se fixe sur la cicatrice, une branche très volumineuse sort du trou sous-orbitaire au-dessous du lambeau, et n'envoie aucun de ses filets à celui-ci ; mais des rameaux décrivent des anses à concavité supérieure et se dirigent vers le lambeau nasal.

A droite, le peaucier disséqué laisse voir deux filets nerveux très grêles, décrivant une anse vers le lambeau dorso-nasal ; le plus inférieur se trouve placé à une certaine distance de la greffe nasale, et l'autre se porte vers celui-ci. Quant aux filets du nerf mentonnier, ils s'épanouissent en forme d'éventail, et se répandent dans les papilles labiales, et un filet seulement du nerf mentonnier gauche se dirige vers le lambeau sous-mentonnier.

Le 16 mai 1844, j'ai pratiqué une opération auto-plastique sur une autre chèvre. J'ai pris à la commissure et à la lèvre supérieure un lambeau triangulaire que j'ai fixé par plusieurs points de suture, dans une incision perpendiculaire, faite au-dessus de l'endroit où la pièce réparatrice a été détachée. Au moment de l'expérience, il s'est écoulé beaucoup de sang, et cependant comme le lambeau était encore arrosé par celui que fournissait une grosse artère, il y avait un

certain degré de sensibilité dans le pédicule seulement.

Le 29 mai, le lambeau est réuni et commence à se couvrir de poils, et pourtant il n'est pas sensible. Lorsqu'on le pique, il ne saigne point, et semble ramassé et plus dur que dans l'état normal. Cette dureté est évidemment déterminée par le travail inflammatoire établi au sein des tissus.

Le 29 juin, le lambeau est couvert de poils, jouit de la sensibilité qu'il avait perdue après l'opération, et piqué à la surface, il en est sorti un sang rouge, rutilant et abondant.

Le 10 juillet, je fis la section du pédicule, qui fut douloureuse et suivie de l'écoulement d'un sang abondant; mais lorsque je piquai de nouveau le lambeau après cette opération, l'animal n'accusa plus aucune douleur, et la piqûre ne fournit qu'une très petite quantité de ce liquide.

Le 9 août le lambeau est couvert de poils en tout semblables à ceux de la région à laquelle on l'a emprunté. Il est sensible au toucher, et piqué l'animal crie, et du sang rouge et vermeil sort par la piqûre.

Le 5 octobre, l'animal a été sacrifié, la dissection du lambeau a été faite, et voici ce que l'inspection me démontra :

1° Le nerf sous-orbitaire se partageait en deux branches principales, les rameaux de la supérieure se rendaient à la lèvre et à la narine correspondantes, sans fournir aucun filet au lambeau auto-plastique.

L'inférieur, divisé en trois rameaux, a des rapports plus directs avec le lambeau lui-même; le supérieur le contournant se rendait au bord libre de la lèvre correspondante.

Le second semblait se diriger vers le bord inférieur du lambeau où il se terminait par un renflement ganglionnaire.

Le troisième rameau parvenu vers le point où a été pratiquée la section du pédicule, se recourbait en arrière pour s'anastomoser avec une branche volumineuse du nerf facial.

Quant au nerf de la septième paire de la glande parotide, il ne fournissait rien au lambeau autoplastique. Les ramifications terminales du nerf aux lèvres et aux joues arrivent jusqu'à sa circonférence; mais on ne voit aucun filet pénétrer dans son épaisseur.

En résumé les faits nombreux observés chez l'homme et confirmés par des expériences sur les animaux, m'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Immédiatement après les opérations autoplastiques, la sensibilité s'affaiblit ou disparaît dans les lambeaux.

Cet affaiblissement est en raison directe de l'écoulement de sang et de l'étroitesse du pédicule.

2° Avant la section du pédicule la sensibilité y est conservée, en partie du moins.

3° Au bout d'un certain temps après cette section, la vascularité et la sensibilité reparaissent en même

temps, et s'accroissent dans les mêmes proportions.

4° Dans beaucoup de cas la vascularité s'exagère dans les lambeaux, et alors la sensibilité présente un développement proportionnel.

En regard de ces conclusions voici celles que présente l'examen anatomique :

1° Les lambeaux autoplastiques après la section du pédicule sont isolés de toute part du reste de l'économie par une couche de tissu cicatriciel.

2° Il n'existe aucun moyen de communication entre le lambeau et le reste de l'organisme que par les vaisseaux plus ou moins développés qui traversent la couche de tissu cicatriciel ; car, jamais nous n'y avons rencontré de petits filets nerveux.

3° Les nerfs qui existaient primitivement dans le lambeau s'atrophient et peuvent enfin finir par disparaître.

4° Les nerfs des parties qui environnent le lambeau s'arrêtent au niveau de la cicatrice. Tantôt ils cessent brusquement en présentant une sorte de renflement du névrilème ; tantôt ils se perdent dans le tissu cicatriciel sans jamais pouvoir être suivis dans le lambeau.

Ainsi l'observation physiologique montre que la sensibilité se reproduit dans les lambeaux ; et l'observation anatomique nous apprend que la continuité nerveuse ne s'y rétablit pas.

Comment la continuité nerveuse peut-elle se produire dans une partie séparée des centres nerveux ?

comment les sensations produites sur cette partie peuvent-elles être transmises à ces centres à travers un tissu dépourvu des nerfs ?

Ces deux questions se rattachent à ce qu'il y a de plus élevé et de plus mystérieux dans les actes physiologiques ; et, je n'ai pas la prétention de les élucider complètement. Cependant je formulerai deux propositions qui me paraissent l'expression exacte des faits rapportés dans cet ouvrage.

Les lambeaux autoplastiques empruntent directement les élémens de leur sensibilité aux globules sanguins qui fournissent les matériaux de leur nutrition. Le développement de la sensibilité est exactement réglé par l'abord de ces globules ; il augmente et diminue suivant la même progression.

Les sensations excitées dans les lambeaux sont transmises aux centres nerveux par les extrémités des nerfs qui environnent la cicatrice, et parviennent à ces extrémités par l'intermédiaire du tissu cicatriciel, lui-même dépourvu de nerfs.

Je citerai, à l'appui de la première de ces deux propositions, la théorie suivante :

Il a été prouvé par MM. Dumas et Boussingault que la respiration n'est qu'une véritable combustion chimique. Or, cette action chimique ne peut avoir lieu sans développement d'électricité, et c'est là l'origine de l'électricité animale.

En augmentant la respiration, la quantité d'électricité augmente.

Elle est proportionnelle avec l'activité de la circulation.

Ne peut-on pas induire de ces recherches que le fluide dynamo-électrique est la source de la sensibilité, et que les nerfs sont simplement chargés de transmettre l'impression aux centres nerveux!

Cette induction n'explique-t-elle pas les phénomènes que nous avons observés dans les lambeaux autoplastiques?

En effet, la sensibilité se maintient quoiqu'à un moindre degré dans les lambeaux tant que le pédicule est intact; elle disparaît après la section; elle reparait lorsque la circulation se rétablit dans le lambeau, et son développement est exactement réglé par celui de la circulation.

L'idée d'une atmosphère sensible répandue autour des nerfs et même de la chair musculaire paraît avoir été émise pour la première fois au sein de l'école d'Édimbourg. Reprise et développée par Reil, qui l'éleva à la hauteur d'une théorie, elle a été définitivement démontrée par les expériences de M. de Humboldt.

Dans ses admirables recherches sur le galvanisme, l'illustre savant a mis hors de doute les faits suivans, à savoir : que les matières animales exercent une action à distance; qu'il émane des nerfs en particulier, un fluide appréciable à nos instrumens; que la sphère d'action de ce fluide est toujours en raison directe du degré de vitalité de l'animal.

Ces données nous permettent de penser que chez l'homme et dans la plénitude des forces vitales, les effets de l'atmosphère vitale doivent être singulièrement puissans et étendus.

M. de Humboldt a démontré également que le tissu cellulaire, qui fait la base des cicatrices nerveuses, est très bon conducteur du fluide dont il s'agit.

Que nous manque-t-il donc pour expliquer les phénomènes de transmission qui ont été exposés plus haut ?

Ainsi, les propositions que nous avons émises se trouvent être non-seulement une déduction rigoureuse des faits, mais encore elles sont en harmonie avec les données physiologiques les mieux établies.

Je me borne à indiquer ce point de vue nouveau à l'étude des physiologistes. Je n'ai d'autre but que de soumettre à une analyse rigoureuse des faits très peu étudiés et qui peuvent jeter de vives lumières sur plusieurs grandes questions de physiologie.

CHAPITRE VIII.

HYPERTROPHIE, ÉBARBEMENT, MIGRATION ET LOCOMOTION DU LAMBEAU.

Le lambeau qui répare un organe est sujet à des difformités, à des altérations, comme les autres parties du corps qui ont la même texture organique. On sait que sa vitalité est variable suivant l'époque de son implantation et la durée de ses adhérences. C'est

ainsi que, dans le principe, il offre beaucoup moins de vitalité que plus tard, ce qui fait qu'il est beaucoup moins sujet alors aux éruptions érysipélateuses et varioliques, aux inflammations; tandis que plus tard il est tout aussi bien le siège que les autres parties du corps, d'érysipèle, d'inflammation, d'ulcération. Nous avons observé, chez un homme auquel nous avons confectionné une paupière, tout ce que nous venons de dire. C'est ainsi que, dans le principe, l'érysipèle n'occupa pas le lambeau, et que plus tard, ayant eu une récurrence, l'érysipèle s'en empara. Sur une femme, nous vîmes tout le corps être successivement envahi par une éruption de variole confluente et le lambeau respecté; mais à la fin de l'éruption, lorsqu'il eut pris plus de vitalité il fut lui-même envahi quoique les pustules offrissent moins de volume.

Hypertrophie du lambeau. — Le lambeau prend quelquefois un énorme développement; il s'hypertrophie et devient si difforme que les malades réclament alors les soins du chirurgien pour les en débarrasser. Cette hypertrophie est rare, et cependant nous l'avons observée plusieurs fois. Lorsqu'un pareil état déforme la région, et lorsque la nutrition a acquis un grand développement, il est du devoir du chirurgien de s'en occuper et de tenter d'abord une compression modérée, afin d'affaiblir le lambeau et de rendre la nutrition languissante. Si la compression rationnellement exercée ne réussit pas, il convient d'ébarber le lambeau; c'est-à-dire qu'on enlève toute la portion excédante et

qui dépasse la surface de la peau ou de la région où il a pris racine. Deux fois nous avons corrigé la difformité de cette manière sur un de nos malades, et sur un malade de M. Bérard (Auguste). Voici comment nous pratiquons cette opération : les parties environnantes étant exactement tendues, nous enlevons avec un bistouri droit placé horizontalement et promené d'une extrémité à l'autre du lambeau, sa partie exubérante, en ayant soin de raser les tégumens environnans sans les intéresser. Le sang s'écoule en plus ou moins grande quantité, mais bientôt on l'arrête par la plus légère pression; une suppuration superficielle s'établit, une cicatrice se forme, et il existe un tissu inodulaire qui empêche de nouveau le développement du lambeau.

Le premier nous avons appelé l'attention des chirurgiens sur l'hypertrophie du lambeau, et le premier aussi nous avons conseillé l'ébarbement qui remédie à merveille à la difformité.

Locomotion du lambeau. — Par *locomotion du lambeau* nous entendons le déplacement qu'il éprouve par suite de la section de son pédicule ou des mouvemens imprimés à la région. C'est là pour nous la véritable signification du mot, et c'est dans cette acception littérale que nous en parlons. Nous ne donnons donc pas à ce mot une extension inusitée.

Donc pour nous la locomotion du lambeau consistera dans un déplacement plus ou moins considérable. Comment après la section du pédicule le lambeau se

déplace-t-il? Il s'éloigne de son point d'insertion souvent en raison du degré de tiraillement exercé sur lui par suite de la distension qu'il éprouve. Mais il est bien plus fréquent de le voir changer de lieu par suite des mouvemens des parties environnantes, et surtout à mesure que les mouvemens de la région eux-mêmes s'agrandissent. Nous avons observé un écartement de plusieurs pouces entre le pédicule divisé et le corps du lambeau chez un homme auquel nous avons fait une autoplastie axillaire. Il est évident que c'est à la faveur de ce déplacement que les mouvemens cessent d'être douloureux, et que c'est par lui qu'ils deviennent aussi complets que possible.

SECTION IV.

DES MÉTHODES AUTOPLASTIQUES.

CHAPITRE I^{er}.

MÉTHODE INDIENNE.

On pourrait à la rigueur décrire deux méthodes indienne : 1^o une méthode par transplantation sans pédicule ; 2^o une méthode par torsion du pédicule.

Si l'on s'en rapportait aux historiens et aux récits des voyageurs, non-seulement les familles indiennes qui s'occupaient d'autoplastie, auraient eu l'idée de ce qui se passe entre deux surfaces saignantes mises en contact, et cette notion les aurait conduites à tailler un lambeau aux dépens de la fesse, pour l'appliquer ensuite sur une difformité nasale, préalablement ravivée ; mais on peut même croire qu'elles avaient compris de quelle importance il est d'avoir un lambeau vasculaire pour que l'agglutination s'obtienne, et que c'est ce qui les avait sans doute engagées à meurtrir, pendant quelque temps, la région qui devait fournir le lambeau afin de la rendre plus vivante, d'y développer la circulation, et même un travail inflammatoire qui rendit le lambeau moins susceptible de gangrène. Les Indiens ont fait une véritable greffe animale, en empruntant à la fesse un lambeau pour former le nez avec lui. J'ai déjà dit que des pathologistes ont nié ce fait, mais je crois

avoir montré aussi que leur opinion était sans fondement, et que des observations authentiques d'adhésions entre des parties entièrement séparées, ainsi que de nombreuses expériences faites sur les animaux, déposaient en faveur de la greffe animale.

Duhamel n'a-t-il pas greffé l'ergot sur la crête d'un coq ? Hunter n'a-t-il pas réussi dans la même expérience, et n'a-t-il pas introduit le testicule d'un coq dans le ventre d'une poule, où il a pris racine ? Baronio ne parle-t-il pas de l'aile d'un serin, de la queue d'un chat qui auraient pris vie sur la crête d'un coq ? Enfin, que dire de cet autre fait cité par Bartholin, qui rapporte que la viande d'un mouton est venue adhérer à la plaie d'un matelot, etc. Ce sont là des autoplasties hétérogènes dont le médecin sage doit faire son profit, et il doit d'autant moins les repousser, que toutes appartiennent à des hommes dont la bonne foi et le talent ne peuvent être suspectés par personne. Dans le musée de l'illustre Hunter, j'ai pu voir, en 1832, toutes les belles préparations d'autoplastie hétérogène qui lui sont dues. Une première pièce représente le testicule d'un coq adhérent à l'intestin par une fausse membrane injectée. Une seconde pièce représente un éperon de coq enté sur la crête d'un autre coq, et on pouvait remarquer que dans son nouveau domicile l'ergot s'était accru, surtout en longueur, et s'était roulé sur lui-même. Une troisième pièce représente encore un éperon de coq adhérent, par une fausse membrane, dans l'épaisseur

de la jambe d'une poule où il avait été implanté.

Enfin, sur une quatrième pièce, on voyait une dent entée sur la crête d'un coq; elle y tenait solidement et était entourée d'une fausse membrane. La crête du coq avait été coupée dans toute son épaisseur et la dent avait été sciée en deux moitiés. Cette préparation permettait de voir l'injection de la dent.

Les autoplasties par restitution analogue, qui pour nous ne sont que des restitutions et non des autoplasties, viennent encore démontrer bien mieux la possibilité de cette autoplastie hétérogène indienne.

On a remis en place des nez, des oreilles, des doigts, des portions de chairs entièrement séparées du corps, et on a vu la réunion s'opérer, et la vitalité renaître dans la partie séparée et sous les dépendances des mêmes lois organiques que les autres organes.

Fioraventi remplaça le nez d'un seigneur Andréas, qui habitait Naples, après l'avoir pris sur le sable et nettoyé. Il fut parfaitement rajusté et il adhéra sans difficulté.

Molinelli appliqua le bout du nez qui venait d'être coupé surface saignante contre surface saignante, et cette tentative fut couronnée de succès.

Blegny rapporte qu'un nommé Winseult ne fut pas moins heureux dans l'application exacte d'un nez qui venait d'être séparé d'un coup de sabre.

Garengot rapporte qu'un barbier remit en place le nez d'un soldat, qui venait d'être arraché par les

dents d'un autre homme. Le nez fut nettoyé et retiré de la boue où il avait été jeté.

Voici un fait qui n'offre pas moins d'intérêt que celui qui a été rapporté par Garengot :

« Un nommé Loudun ayant eu le nez arraché par les dents d'un contrebandier, ramassa cet organe et le mit dans son mouchoir, où le chirurgien appelé le trouva froid et noir. Je mis cette partie dans l'esprit de vin camphré, dit Regnault, et je lavai bien la partie; je l'appliquai ensuite le mieux qu'il me fut possible, et je tins le tout en place par un bandage contentif. Trois fois le jour j'arrosai le nez par-dessus avec le même esprit de vin camphré. Au bout de huit jours, je levai l'appareil et je vis que cette partie reprenait. Comme il y avait de grandes déchirures, il survint une suppuration qui dura un mois; il n'en résulta à la fin que deux petites cicatrices un peu enfoncées à la partie inférieure de l'organe. »

Leyser et Loudet ont obtenu des résultats aussi satisfaisans après la bataille de Rocroy.

Dans des temps plus modernes, à notre époque même, d'autres faits non moins importans ont été recueillis, et viennent encore témoigner contre le scepticisme de Lamotte, de La Faye, de Dionis et de quelques autres chirurgiens anciens. Ainsi, Chélius de Heidelberg ayant été appelé auprès d'un étudiant dont le nez avait été abattu en duel, fit chercher cet organe, le réchauffa et l'appliqua avec un succès complet, malgré qu'une heure se fût écoulée depuis l'accident.

M. Bridenback parle encore d'un chirurgien qui prit, de la gueule d'un chien, un nez qui venait d'être tranché, et vit avec joie la vie reparaitre et l'adhésion s'établir.

A Heidelberg, où les duels au sabre sont très fréquents, on a eu souvent l'occasion de voir ces mutilations et ces restitutions. Ces sortes de prothèse, qui se font par application d'une portion séparée du corps, sont d'autant plus suivies de succès que l'individu est plus jeune, la circulation plus active et la plasticité du sang plus considérable. Haffacker a publié seize observations de ce genre, et, parmi ces faits, il en est un, qui, par sa complication, offre un grand intérêt : Un jeune homme de 20 ans eut, d'un coup de sabre, le bout du nez, une partie de la lèvre supérieure et une portion de la lèvre inférieure et du menton enlevées. Ce dernier morceau fut appliqué le premier et fixé par quinze points de suture. Dix minutes après le nez fut remis en place, et il se réunit dans les deux tiers de son étendue.

M. Barthélemy rapporte qu'un nez qui fut enlevé d'un coup de dent, et qui ne fut rétabli dans sa position normale qu'au bout de cinq heures, se réunit parfaitement. On a vu de même, l'oreille enlevée adhérer de nouveau après avoir été remise en place. Ainsi, Regnault dit avoir remis avec succès une oreille externe, entièrement séparée par les dents d'un cheval.

Maniri assure qu'une oreille, séparée par un coup

de sabre, fut appliquée et maintenue en place par la suture : il y eut adhésion.

Magnen parle aussi d'une portion de la conque entièrement séparée, et qui put être ensuite réunie.

Fréquemment on a eu occasion d'observer des succès pour des restitutions de doigts et de parties molles.

Heister, Flurand ont réussi à rajuster des doigts séparés.

D'après H. Bérard, Flurand aurait réussi à restituer le doigt indicateur, séparé du reste du corps; les deux dernières phalanges étaient comprises dans la portion séparée.

Balfour, en 1814, a fait connaître deux nouveaux faits, qui ne laissent aucun doute dans l'esprit sur le résultat.

Thomson connaît des personnes véridiques qui ont été à même d'observer des résultats semblables.

Houston a parlé de la restitution complètement réparée d'un pouce de la main, et H. Bérard dit qu'une jeune fille, qui s'était enlevé la masse musculaire du pouce gauche, guérit parfaitement par restitution.

Un fait fort remarquable de séparation du petit doigt, dans l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième, est rapporté par Regnault. Voici le passage : « Un jeune homme de 15 à 16 ans se trouvant pressé par un charriot au coin d'une rue, appliqua son ventre contre le mur, et sa main gauche

sur l'angle de ce même mur pour se tenir plus ferme, le bout de l'essieu, rasant cet angle de trop près, lui coupa le petit doigt à l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième. Ce doigt était tombé, le jeune homme le ramassa ; je fus appelé tout de suite, et je rajustai le doigt détaché, que j'eus soin de maintenir par un bandage contentif. Je fis tenir la main pendante et le petit doigt dans un verre d'eau-de-vie, pendant deux heures. Ce doigt reprit très bien, et le blessé fut guéri en peu de jours, mais si parfaitement, qu'il a aujourd'hui autant de force dans cette partie, dit Regnault, que si elle n'eût jamais été détachée. »

Sommé a réuni complètement le bout d'un doigt séparé. M. Piedagnel a cité un fait semblable, *Revue médicale* de 1830.

M. Barthélemy rapporte qu'un morceau de peau séparé, du côté interne de la plante du pied, s'est réuni par restitution, et que deux doigts reprirent après leur ablation.

Dans les *Archives générales de médecine*, M. Beau dit qu'il a pu faire adhérer un pouce qu'une femme de la Salpêtrière s'était enlevé ; et, dans le même journal, M. Després raconte qu'il avait rajusté un doigt, arraché par Dupuytren, qui ne croyait pas à ces sortes de réunions, cependant on vit que l'agglutination était commencée.

En 1837, M. Velpeau observa sur un membre de l'Académie, M. Gorsse (1), un cas de restitution qui

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. I, p. 294.

lui fit penser que beaucoup de faits regardés jusqu'à présent par lui comme douteux, devaient être vrais.

Le voici tel que le raconte ce professeur : « Un membre de l'Académie royale de médecine, M. Gorsse, s'enleva la pulpe de l'indicateur gauche d'un coup de rasoir; le morceau tomba par terre : le blessé s'empressa de le ramasser, de le nettoyer, de le réappliquer et de le maintenir en place au moyen d'un mouchoir. Arrivé dans mon cabinet, au bout d'une demi-heure, M. Gorsse laissa tomber de nouveau le morceau de son doigt en se développant la main. Ayant ramassé ce fragment de tissu, je le lavai dans l'eau simple, le replaçai exactement sur la plaie qui saignait encore, et l'y fixai à l'aide de petites compresses, puis d'un bandage roulé, méthodiquement appliqué. Il fut convenu que l'appareil serait imbibé d'eau-de-vie camphrée trois ou quatre fois le jour. Des douleurs assez vives se firent sentir pendant une semaine. Je renouvelai le bandage le cinquième jour, puis le dixième, et nous l'enlevâmes définitivement le vingtième. Aucune suppuration ne s'établit, l'épiderme seul prit peu-à-peu une teinte noirâtre, et tomba sous forme d'eschare le vingt-cinquième jour. La portion de peau et de tissu cellulaire graisseux s'est complètement collée, et M. Gorsse, montrant son doigt nouvellement cicatrisé un mois après, en a convaincu ses confrères en pleine Académie. Pareil accident était arrivé à un autre chirurgien de Paris, avec cette différence que le lambeau de tégumens te

nait encore à un filament d'épiderme, et qu'il était quatre fois moins large que chez M. Gorsse. »

J'ajouterai quelques observations qui me sont propres, et qui tendent à démontrer la vérité des assertions émises touchant l'autoplastie par transplantation :

1° J'ai replacé à un homme la totalité de l'oreille externe qui avait été enlevée dans une lutte. Plusieurs points de suture servirent à maintenir les parties en contact, et quoique la réunion n'eût été faite que le lendemain, l'adhérence paraissait s'établir lorsqu'une compression irrégulièrement exercée nuisit au travail et il y eut insuccès.

2° Un doigt entièrement séparé vers son extrémité s'est recollé.

3° Dernièrement un jeune homme s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis, de la part de M. le docteur Cahen fils, pour subir l'amputation du doigt indicateur. Je m'y refusai parce que la portion de doigt restituée par notre jeune confrère me paraissait adhérente et parfaitement recollée. L'épiderme séparé du reste du doigt n'était pas pour nous un signe de gangrène, et nous pensons comme M. Chélius, que des apparences de gangrène ne sont pas la gangrène elle-même, et que les chutes épidermiques indiquent seulement une diminution de vitalité. Malheureusement je n'ai vu ce jeune homme que quelques jours de suite; il a cessé de venir à l'hôpital, en sorte que le résultat ne peut être donné comme complet.

Ainsi, les expériences sur les animaux et tous les faits observés sur l'homme sont, non-seulement très encourageans, mais à mon avis ils suffiraient pour faire admettre que l'autoplastie indienne sans pédicule est vraie.

Méthode indienne par transplantation avec pédicule, ou Méthode par torsion. — Si de semblables mutilations et de semblables restitutions font croire à la possibilité de l'autoplastie par transplantation de lambeaux sans pédicule, à plus forte raison les faits de séparation incomplète doivent-ils servir à éclairer l'autoplastie indienne, telle qu'on l'entend en général aujourd'hui, c'est-à-dire l'autoplastie faite avec un lambeau à pédicule.

Je pourrais citer des faits nombreux, consignés dans les annales de la science, sans parler de ceux que je possède et qui démontrent combien les tissus vivans reprennent facilement, après avoir été à-peu-près complètement séparés de la région dont ils faisaient partie. Non-seulement on a vu une oreille, un nez, un doigt, une lèvre à moitié, aux trois quarts séparés, se recoller par un pansement convenablement faits; mais encore on a observé toutes ces diverses parties se réunir lorsqu'elles ne tenaient plus que par une languette ou un très petit morceau de peau.

De Horn parle d'une main qui ne tenait plus au reste du corps que par le tendon de l'index, et que, cependant, on put réunir.

Hoffmann dit qu'un bras qui tenait seulement par

les vaisseaux et une partie du biceps, put être réuni; et Percy a eu connaissance d'un fait semblable.

Stevenson a vu un bras séparé d'un coup de sabre, qui ne tenait plus que par de la peau, se cicatriser.

On a vu le mollet, en grande partie détaché et tenant seulement par un mince pédicule, se réunir aux autres parties sans avoir souffert de mortification.

Thomson a été à même de voir le cinquième orteil qui ne tenait plus que par un mince lambeau de peau, se réunir et se cicatriser. Le doigt auriculaire, ne tenant plus que par un petit pédicule, a pu être réuni. On parle aussi de deux doigts qui ne tenaient plus que par de faibles lambeaux de peau de l'étendue d'une à deux lignes, être remis en place par M. Legendre; ils se recollèrent complètement et reprirent leurs fonctions.

Le nez à-peu-près séparé, et ne tenant plus que par une languette de peau ou une partie de la cloison, a été remis en place et a contracté des adhérences cicatricielles. C'est ce que des chirurgiens célèbres, entre autres Thomson, Boyer, Velpeau ont observé.

Moulinié de Bordeaux, put rétablir dans sa position un nez mâché et presque complètement séparé, ne tenant plus que faiblement, et il vit des adhérences et la réunion s'établir. M. Velpeau dit: « J'ai vu de mon côté plusieurs cas semblables: chez un jeune homme dont le lobule du nez ne tenait plus que par

un pédicule de la cloison, je pus réunir les parties à l'aide de simples blandelettes (1). »

Il est inutile de s'étendre sur des faits qui démontrent que l'on peut greffer à la manière des entes végétales un lambeau de chair pris dans une région et transporté dans un autre point. Les expériences faites sur les animaux et les observations sur l'homme le démontrent d'une manière péremptoire, et on complète la démonstration par des faits d'autoplastie indienne que l'on avait d'abord rendus douteux, et que l'on avait fini par regarder comme mensongers.

L'autoplastie indienne qu'on pratiquait presque exclusivement autrefois pour réparer une perte de substance, une difformité nasale et qui depuis, a pris tant d'extension dans les mains des chirurgiens modernes a été introduite en Europe, comme je l'ai dit, par le docteur Lucas, chirurgien en chef de l'armée anglaise dans l'Inde. Cette méthode a eu d'abord peu de succès entre les mains des chirurgiens anglais; ce n'est qu'en 1813 qu'elle commença à acquérir de la vogue dans les mains de Lynx, et bientôt après dans celles de Carpue et de Sutcliffe.

En 1818, tandis que Hutchinson en faisait l'essai sur une pauvre femme qui avait eu le nez détruit par la gangrène, Graefe faisait à Berlin ses premières tentatives. Ce n'est qu'en 1820 que la méthode pénétra en France, où Delpech (2), qui avait déjà employé la

(1) *Nouveaux élémens de médecine opératoire*, t. I, p. 611.

(2) *Chirurgie clinique de Montpellier*, Montpellier, 1823, t. II, p. 221.

méthode italienne, fit le premier l'application du procédé des Koomas. Bientôt un grand nombre de chirurgiens modifièrent heureusement la méthode indienne et en généralisèrent l'emploi. Mouleau de Marseille, Thomis d'Aix, et à Paris, Dupuytren, Lisfranc, Blandin, Velpeau, etc., ont contribué singulièrement à faire faire des progrès à cette partie de la chirurgie plastique.

La méthode indienne a pour caractère la formation d'un lambeau pris dans un endroit plus ou moins rapproché du lieu malade et tordu sur son pédicule. Elle est ainsi entièrement distincte des méthodes italienne et française. Dans cette méthode, en effet, on renverse le lambeau dont le pédicule est plus ou moins rapproché de la difformité en réparation ; la partie libre du lambeau est opposée et retournée sur elle-même, afin de couvrir la surface difforme. Dans la méthode italienne, au contraire, le pédicule n'a aucun rapport avec les parties déformées, et il ne subit aucune torsion, car il est taillé de manière à être transplanté sans en subir aucune. Enfin, la méthode française ne remplit jamais les mêmes indications que la méthode indienne.

Dans la méthode indienne, on taille donc un lambeau qui s'adapte à la difformité après avoir ravivé la surface qu'il doit servir à réparer.

Avant de tailler le lambeau, on mesure la difformité à l'aide d'un patron qui sert à dessiner sa forme sur la région où il doit être disséqué.

Le lambeau doit avoir la forme de la difformité et son épaisseur doit être en rapport avec la profondeur de l'altération. Tout en laissant au pédicule une largeur convenable, on doit donner à une des incisions une obliquité telle que le lambeau puisse être appliqué presque sans opérer de torsion qui gêne la circulation. Ces longues incisions obliques m'ont toujours permis de lui faire subir un déplacement qui ne gêne en aucune manière sa vitalité.

L'autoplastie indienne a été employée pour réparer les nez, les sourcils, les paupières, les joues, les intestins, la vessie, les organes génitaux, la trachée, la poitrine, les membres, et l'expérience a démontré que seule, elle pouvait remplacer les deux autres méthodes, et on peut ajouter qu'il n'en est pas toujours ainsi des méthodes italienne et française. Dans la méthode indienne, je me sers de la suture entrecoupée pour fixer les lambeaux, et je n'en applique qu'un fort petit nombre pour maintenir seulement les surfaces saignantes en rapport, à moins qu'il ne s'agisse de s'opposer à l'écoulement d'un liquide contenu dans un réservoir.

Une douce compression est exercée sur le lambeau sans toucher au pédicule.

Je ne rappellerai pas le moment où il convient de faire la section des fils, ni le traitement consécutif à l'opération, tout cela ayant été dit en parlant des généralités sur l'autoplastie. La section du pédicule convient surtout dans la méthode indienne, où elle ne

peut être suivie le plus souvent d'aucun inconvénient. Bien plus, elle s'oppose à l'hypertrophie du lambeau et prévient cette difformité. D'ailleurs, elle efface la torsion qui, quoi qu'on en ait dit, présente une saillie choquante.

CHAPITRE II.

MÉTHODE ITALIENNE.

La méthode italienne est, je le répète, si différente de la précédente, qu'il me paraît impossible d'admettre qu'elle n'en soit qu'une imitation.

Cette méthode que l'on nomme encore méthode tagliacozzienne ou par transplantation, peut être comparée à la greffe végétale. Le chirurgien répare, en effet, la perte de substance, avec une ente animale, prise aux dépens d'une région éloignée du même individu ou aux dépens d'un autre homme. Le chirurgien, sous ce rapport, imite le jardinier quand il greffe les arbres.

Nous allons exposer ce qu'était cette méthode et les modifications qu'elle a pu subir.

Sans être vantée en France et en Allemagne comme elle l'a été en Italie, elle n'en a pas moins été dans ces deux pays l'objet de recherches importantes.

§ 1^{er}. — Procédé de Tagliacozzi.

Dans la méthode italienne telle que Tagliacozzi

l'a présentée, il y a deux périodes bien distinctes ou deux temps principaux.

La première période peut s'appeler période de formation du lambeau; et la seconde peut être désignée sous le nom de période d'application ou d'agglutination. Dans la première, en effet, on forme l'organe réparateur; et dans la seconde on cherche à le fixer aux parties déformées par les liens vitaux.

Premier temps (ou première période). — Le lambeau peut être emprunté à une autre personne; mais il semble à Tagliacozzi qu'il est préférable de l'emprunter à la personne intéressée. Moralement la chose est préférable et cela convient mieux aussi quant au succès de l'opération; car il est difficile pendant tout le temps que l'adhésion est à s'établir de maintenir les surfaces en contact chez deux individus attachés l'un à l'autre. L'opération ne paraît pas dangereuse à l'auteur lorsque les individus ne sont pas d'une faible constitution. Il admet que les difficultés de la restauration sont en rapport avec les degrés de la mutilation. Cela posé, Tagliacozzi s'occupe de la préparation des malades qu'il regarde comme fort importante, des instrumens, de la chambre avant de procéder à l'opération.

1° L'opérateur commençait par soulever à différentes reprises avec les doigts, la peau du bras au-dessus du biceps afin de la rendre plus mobile.

2° Il serrait les tégumens entre les deux branches d'une pince, larges, plates et fenêtrées.

3° Le bistouri était ensuite plongé à travers la fenêtre que présente l'instrument, et divisait par conséquent dans toute son étendue le large pli que formaient les tégumens.

4° Tagliacozzi passait, cette incision étant terminée, une large bandelette de linge d'une lèvre à l'autre, retirait la pince et tous les jours tirait la bandelette comme un séton. Voilà le premier temps secondaire d'un temps principal. Au bout du quinzième jour, le second temps secondaire commençait, c'est-à-dire que l'on détachait la partie supérieure du pont que représentaient là les tégumens, devenus forts et fermes ainsi que dépouillés de toute irritation. Voici comment Tagliacozzi procédait à cette section : 1° il introduisait une sonde cannelée vers l'angle supérieur du pli des tégumens ; 2° un bistouri glissé ensuite dans la cannelure de cet instrument incisait transversalement les tégumens, en donnant de l'obliquité à l'incision de bas en haut lorsque le lambeau paraissait trop court. Tagliacozzi le rabattait ensuite et cherchait à obtenir au plus vite la cicatrisation de la plaie.

Tagliacozzi défend cette manière de faire en disant qu'en agissant ainsi on prévient la gangrène et la rétraction qui, l'une et l'autre, arriveraient inévitablement sans cela.

Deuxième temps principal. — Ce temps est compliqué ; il se compose du ravivement des surfaces, et de leur rapprochement. Tagliacozzi dit qu'on ne doit

recourir à la période d'adhésion que lorsque le lambeau est sec et bien cicatrisé.

1° Avant tout, on doit couper les cheveux et raser la barbe du patient, après quoi on le revêt d'une camisole garnie d'un capuchon qui entoure sa tête; et le bras est maintenu contre la figure au moyen d'un bandage compliqué. C'est alors que l'on renverse le bandage sur le dos pour procéder au ravivement des parties.

2° On scarifie le moignon du nez de manière à produire une surface unie, saignante et triangulaire, et, suivant Tagliacozzi, on détache avec des pinces tranchantes ce que le bistouri ne pourrait atteindre.

3° Un morceau de papier est appliqué sur la surface saignante pour en obtenir la forme, après quoi on le reporte sur le lambeau qui est taillé sur ce modèle, et, tout en lui donnant la forme, la grandeur et la largeur du papier on le rafraîchit intérieurement et en d'autres termes on le ravive.

4° Tout cela étant fait, on passe des fils cirés d'abord dans la pièce de rapport et ensuite dans le moignon et de manière à ce qu'ils se correspondent, en éloignant toutefois un peu plus les uns des autres les fils dont le moignon est armé.

5° Le lambeau peut être alors affronté contre la surface nasale saignante; et pour arriver à un contact complet le bras est élevé vers la tête et les fils sont noués ensemble.

6° Le bandage est ensuite posé.

7° Vers le vingtième jour, époque où la réunion est complète entre les parties restaurées et les parties empruntées, le chirurgien défait le bandage et le capuchon, pendant que des aides soutiennent le bras; et c'est alors que le lambeau est excisé à sa base avec un bistouri. A l'instant le lambeau devient pâle et froid; la plaie du bras est pansée et un bandage est appliqué.

8° On taille plus tard la cloison par une incision droite et les narines par des incisions courbes. Les narines sont soutenues par des tentes trempées dans du blanc d'œuf, et ensuite par des tuyaux en plomb, en argent ou en or. Le nez est protégé par un couvercle en même métal. Le malade fait usage du couvercle et du tuyau pendant plusieurs années.

Tagliacozzi réparait les lèvres de la même manière. Il détachait seulement, pour la lèvre inférieure, l'extrémité inférieure du lambeau.

Tagliacozzi s'attachait donc d'abord à donner au lambeau de la solidité, de la fermeté, avant de songer à le détacher et à l'appliquer sur les parties où il doit être définitivement fixé. Pour parvenir à ce but, il enflammait les tissus par le contact d'une mèche et augmentait ainsi leur vitalité en activant la circulation. C'est pour cela qu'il avait recours au séton et à la suppuration.

La période d'agglutination ne se tentait donc que lorsque le lambeau, après avoir suppuré, s'était cicatrisé et avait acquis de l'épaisseur et de la résistance

vitale, et après avoir pris, pour ainsi dire, l'habitude de se nourrir par ses extrémités. C'est alors que la gangrène n'étant plus à craindre, il procédait au ravivement, à l'application du lambeau et à la suture, c'est-à-dire vers le quinzième jour du moment où l'opération avait commencé.

Au premier abord, on ne peut comprendre les scrupules de Tagliacozzi pour la transplantation immédiate du lambeau; mais les réflexions qui précèdent me paraissent jusqu'à un certain point justifier sa conduite. Il n'est peut-être pas si déraisonnable, qu'on pourrait le croire, de penser que c'est un moyen d'éviter et de prévenir la gangrène qui doit arriver par cela même qu'on emprunte le lambeau à une partie, laquelle laisse à désirer sous le rapport de la nutrition et par conséquent de la vascularisation.

En Allemagne, on avait fait l'essai de la méthode italienne avant qu'on songeât à en faire usage en France. Cependant, M. Delpech, le premier, y a eu recours, et M. Roux ensuite, qui emprunta son lambeau à la main.

Je passe aux modifications qui ont été apportées à la méthode tagliacozzienne par M. Graefe.

§ II. — *Procédé de Graefe.*

Chélius ayant échoué dans une opération de rhinoplastie par la méthode indienne non par suite de gangrène, mais parce que le lambeau n'avait adhéré que dans une petite partie, Graefe tenta une seconde

fois l'opération en suivant en tous points la méthode de Tagliacozzi. Il réussit très bien à transplanter, un lambeau de peau pris aux dépens du bras, sur le nez. Voici ce qu'il y eut de différent dans cette opération :

1° Il fit faire des frictions sur la peau qui devait servir à la confection du lambeau, avec de l'huile étherée qui lui donna de l'épaisseur, de l'élasticité et de la flexibilité. Il est évident que ces frictions aidèrent au succès de l'opération.

2° Un bandage appliqué pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, prépara le malade à endurer une position gênante.

Graefe tailla son lambeau aux dépens de la face interne de l'avant-bras et un séton de la largeur de la plaie exactement comme dans la méthode de Tagliacozzi, fut placé sous le lambeau. Les incisions allaient jusqu'aux muscles ; la bandelette fut maintenue en place pendant dix jours. Je ne dirai rien de plus sur cette opération qui eut un plein succès et qui n'offrit rien de particulier.

CHAPITRE III.

MÉTHODE FRANÇAISE OU PAR DÉPLACEMENT.

On désigne sous le nom d'autoplastie par déplacement un genre de réparation dont on fait en France un usage très fréquent contre les difformités de la face, de la poitrine et des organes génitaux. Elle a

mérité encore le nom de méthode française, parce qu'elle a pris dans notre pays, sinon complètement son origine, au moins un développement et des proportions telles qu'on a pu, avec juste raison, la désigner sous cette dénomination.

Dans l'historique, nous avons dit qu'il demeurait acquis à la science que Celse avait pensé à réparer les lèvres après leur destruction. Mais l'obscurité règne à un si haut degré dans ce passage que nous allons rapporter, que les auteurs ne peuvent s'entendre sur l'espèce de procédé qu'il a suivi et sur la nature d'autoplastie dont il a fait usage. Cependant il est à croire qu'il s'agit de l'autoplastie par déplacement à son état d'enfance. Nous rapporterons ce passage tiré de la traduction de M. Des Étangs :

« Une troisième application de la chirurgie consiste à réparer les pertes de substance; mais comme la méthode pour l'oreille est la même que pour la restauration du nez et des lèvres, j'en traiterai dans un seul article.

« Il est possible, en effet, de remédier aux mutilations de ces trois organes quand elles ne sont pas trop considérables; si ce dernier cas se présente, l'opération est impossible, ou bien elle a pour résultat de rendre encore plus choquante la difformité des parties. Pour le nez et les oreilles, cette difformité est le seul inconvénient qu'on ait à craindre; au lieu que si le raccourcissement des lèvres est porté trop loin, elles ne peuvent plus agir et par conséquent

la préhension des alimens et l'articulation des mots deviennent plus difficiles. Les restaurations se font non à l'aide d'un corps nouveau que l'on crée, mais aux dépens des parties voisines qu'on attire; si le changement qu'on leur fait subir est léger, on peut en imposer aux yeux, et paraître n'avoir rien enlevé, tandis que l'illusion est impossible quand l'état des choses est notablement modifié. Les sujets avancés en âge, ou mal constitués et ceux qui sont atteints d'ulcères rebelles, se prêtent mal à cette opération; car il n'en est pas où la gangrène se déclare plus promptement et persévère avec plus d'opiniâtreté. Voici maintenant le procédé curatif. On commence par donner une forme carrée à l'endroit mutilé, puis à partir des angles internes on mène deux incisions transversales, qui doivent complètement séparer les chairs d'en bas de celles d'en haut; cela fait, on tâche de réunir les deux lambeaux, et si le contact n'est pas assez intime, il faut, au-delà des premières incisions, en conduire deux autres en forme de croissant et les pointes tournées vers la plaie. Celles-ci n'intéressent que la peau et suffisent pour rendre la réunion plus facile. Il n'est pas nécessaire pour cela d'employer la force, et les tégumens doivent obéir à des tractions ménagées, à tel point qu'abandonnés à eux-mêmes, ils n'éprouvent plus qu'un retrait peu sensible. Quelquefois cependant, faute d'avoir suffisamment attiré la peau d'un côté, il existe une difformité à l'endroit qu'elle ne recouvre pas. Dans ce cas, on

complète l'incision de ce côté sans toucher à l'autre. Ce n'est ni de la partie inférieure des oreilles, ni du milieu ou de l'extrémité du nez non plus que des commissures des lèvres qu'il faut rien enlever; c'est sur les côtés qu'on doit prendre le lambeau s'il y a perte de substance dans ces diverses parties. Quelquefois la mutilation porte sur deux points à-la-fois, mais cela ne change rien à la méthode curative. S'il se trouve un cartilage dans le lambeau qu'on a détaché, on doit le retrancher, parce qu'il s'oppose à la réunion des chairs et qu'il n'est pas prudent de le traverser avec une aiguille. Il importe de ne pas inciser trop profondément, dans la crainte de voir se former de chaque côté un amas de pus entre les bords libres de la division. On procède ensuite à la réunion par suture en traversant les deux lèvres de la plaie, et l'on réunit de la même façon les premières incisions. Quant aux parties sèches comme le nez, il suffit d'employer en topique de la litharge d'argent. Dans les secondes incisions en forme de croissant, il faut introduire de la charpie pour que des nouvelles chairs remplissent l'espace privé de tégumens. Parler, comme je l'ai fait plus haut, du danger de la gangrène, c'est dire qu'il faut surveiller les sutures avec le plus grand soin. En conséquence, de trois jours l'un on en dirigera sur ce point de la vapeur d'eau chaude, et l'on fera de même des applications de litharge d'argent. En général, l'adhésion est complète au bout de sept jours; alors il ne s'agit plus que

d'enlever les sutures et de conduire la plaie jusqu'à parfaite cicatrisation. »

Il est évident, par la lecture attentive de Celse, que ce grand écrivain forçait les parties à prêter par des incisions faites aux angles de la plaie et en dehors d'elle. Nul doute qu'en agissant ainsi on ne fasse céder les parties et de manière à réparer une certaine perte de substance. Ces incisions permettent, à n'en pas douter, à la suture de se maintenir en place sans détruire et sans déchirer les tissus avant l'époque de la réunion. C'est le procédé de Celse que nous employons toutes les fois que nous voulons faire cesser un tiraillement douloureux exercé sur les lèvres de la plaie. Mais, est-ce à dire pour cela que Celse ait fait de l'autoplastie régulière par déplacement. Je ne le pense pas ; car, il fait des incisions et n'opère pas de dissection. On ne peut se faire une autre idée du procédé de Celse, à mon avis, soit qu'on se nourrisse du passage du célèbre écrivain, soit qu'on se pénètre de la figure empruntée au commentaire du docteur Édouard Leis, de Dresde, dont la vue nous paraît très propre à en donner une idée.



Si, en effet, d'après le passage de Celse que j'ai cité, on peut rester dans le doute sur les connaissances des anciens touchant la méthode par déplacement, il n'en est pas de même de Franco dont j'ai

rapporté une longue et curieuse observation qui prouve que notre compatriote avait des idées parfaitement nettes sur ce genre de réparation, et qu'il a su en faire l'application de manière à ériger, pour ainsi dire, en méthode ce qui, pour les anciens, n'existait sans doute qu'à l'état de spéculation. On sait que Chopart fit l'application de cette méthode à la restauration de la lèvre inférieure, et que Larrey en a fait plus récemment l'application à la rhinoplastie en détachant dans différens sens la peau nécessaire pour reformer le nez d'un homme qui s'était mutilé par des idées de suicide.

Depuis lors, cette méthode a reçu des applications plus étendues dans les mains de M. le professeur Roux, de M. Roux de Saint-Maximin, et les noms déjà cités de Lisfranc, de Gensoul, de Blandin, de Serre de Montpellier, rappellent ses principaux progrès. Enfin, nos propres recherches sur les autoplasties faciales, pectorales et génitales ont agrandi, si nous ne nous faisons illusion, la sphère de l'autoplastie par déplacement.

Un médecin distingué de Gand, M. Burggraeve, regarde cette méthode comme plus avantageuse en ce que le lambeau est formé dans les environs de la plaie ou de la difformité.

Préparation. — Dans cette méthode on s'occupe peu des préparations et de la conservation des artères qui n'est ici que d'une importance secondaire, puisqu'il suffit, pour que le lambeau se nourrisse, qu'il

conserve seulement la vascularisation des tégumens, sans avoir besoin d'un grand aliment à la nutrition, et par conséquent d'une grosse artère. Ici, en effet, il n'existe pas de position vicieuse du lambeau, ni de torsion qui puisse faire craindre pour son existence. Les tégumens ne font que subir un allongement sans changer de direction ; et on conçoit alors qu'il suffise du tissu cellulaire qui double le derme et de l'admirable réseau vasculaire qu'on y trouve, pour y maintenir les propriétés organiques.

On peut établir en principe que le lambeau doit être taillé dans un point ou dans plusieurs points à-la-fois de la circonférence de la plaie ou de la difformité. Lorsque la perte de substance est peu considérable, on peut la réparer avec un seul lambeau ; et on peut dire que lorsqu'elle dépasse de certains dimensions, il est plus convenable d'en créer deux opposés qui s'avancent à la rencontre l'un de l'autre. Ces déplacements partiels réparent très bien de grandes pertes de substance sans qu'il y paraisse beaucoup.

On peut poser en règle que les lambeaux doivent avoir un peu plus de largeur et de longueur que la surface qu'ils réparent, mais nous ne pouvons en aucune manière partager l'opinion d'un auteur qui veut qu'on leur donne un quart en plus des dimensions de la difformité.

Une troisième règle consiste à donner au lambeau une épaisseur qui soit en rapport avec la perte de substance.

En quatrième règle, nous dirons qu'il faut que la peau soit mobile, souple, ait des plis en réserve pour qu'on puisse faire usage de la méthode autoplastique par déplacement. Au visage, au cou, à la poitrine, au scrotum, on rencontre toutes les conditions voulues pour pratiquer la méthode par déplacement; mais rien de semblable ne se rencontre au cuir chevelu, qui n'offre aucune des conditions nécessaires pour que l'on puisse pratiquer l'autoplastie par déplacement.

Procédé opératoire.

Dans la méthode par déplacement, on n'a pas besoin de prendre les dimensions de la plaie ou de la difformité avec du papier, de la cire, etc., il suffit de jeter les yeux sur les parties réparables et de faire partir le bistouri de deux ou de quatre angles de la déformation suivant que l'on taille un ou plusieurs lambeaux. Le lambeau a la forme quadrilatère, triangulaire et la longueur que l'on veut; on lui donne un peu plus de largeur en portant l'instrument au-delà des limites de la difformité. Ces incisions qui mesurent la longueur du carré et son épaisseur, étant terminées, on dissèque le lambeau de sa partie libre vers son point d'insertion, en ayant soin de le détacher en dédolant sur les tissus profonds.

Lorsque la dissection est faite, on relève ou abaisse le lambeau en le glissant sur la surface saignante. Avant d'en faire l'application, il convient d'arrêter

tout écoulement de sang par la ligature des artères et des affusions d'eau froide. Il suffit quelquefois d'absterger avec une éponge trempée dans l'eau froide, la plaie, pour arrêter tout suintement sanguin.

Si un seul lambeau suffit, on le maintient en place par des points de suture entrecoupée et une douce compression. Mais si l'on est obligé de tailler deux lambeaux opposés, on commence par les coudre ensemble par leurs deux extrémités saignantes, et on ferme les plaies latérales par des points de suture entrecoupée. Ce procédé nous a plusieurs fois réussi : il est préférable d'y avoir recours, plutôt que de tailler un long et large lambeau. On évite par là un grand tiraillement sur une seule surface, et on prévient toute déchirure prématurée.

Quand un ou plusieurs lambeaux sont tirillés, je pratique des incisions latérales.

On attribue quelques inconvéniens à cette méthode. C'est ainsi que l'on pense que la rétraction est souvent très forte, qu'il se montre des décollemens plus particulièrement dans cette méthode, et qu'après elle on observe plus fréquemment que par les autres l'angéioleucite et la phlébite.

Je dois avouer que la rétraction n'a existé que dans les cas où le lambeau était trop court, et que la suppuration n'a eu lieu que lorsqu'il était altéré, que la peau était amincie, ou que les tissus sur lesquels il reposait étaient encore malades.

Par la méthode par déplacement, l'opération est

moins longue que par les précédentes méthodes ; on ne fait par elle qu'une seule opération, et avec elle on prévient deux difformités.

Je n'ai jamais vu d'hémorrhagie, de gangrène, d'étranglement et de suppuration déterminés par cette méthode.

En parlant de l'autoplastie par région, nous ferons encore bien mieux comprendre son importance.

Suivant que dans cette méthode on dispose le lambeau de telle ou telle manière, on lui donne des noms différens qui sont souvent ceux de leur auteur. C'est ainsi que l'on note le procédé de Celse, de Thévenin, d'autoplastie par invagination, en tiroir.

Je ne dirai que quelques mots de chacun de ces procédés qui découlent de la même méthode.

§ 1^{er}. — *Procédé de Celse.*

Ayant parlé de ce procédé plus haut, je ne reviendrai pas sur sa description.

§ II. — *Procédé de Franco.*

Dans l'observation que j'ai rapportée dans la première partie de cet ouvrage et où le procédé de Franco est exposé avec précision et clarté, cet auteur dit qu'il existait à la joue une énorme perte de substance, un trou qui pouvait admettre un œuf d'oie ; il ajoute que par là s'échappaient les boissons et les alimens. Du reste les mâchoires étaient dégarnies.

Franco eut l'heureuse idée de détacher la peau à la circonférence de l'ulcère en respectant le plus

possible les parties sous-jacentes. Mais voyant qu'elles ne prêtaient pas encore assez pour fermer l'ouverture, il détacha les parties molles en portant l'instrument en dedans de la bouche vers l'orbite et vers l'oreille. Il put alors affronter les parties et les maintenir par sept aiguilles dont trois tombèrent du quatrième au cinquième jour. Il remplaça les aiguilles par des coussinets. Le quatorzième jour, dit Franco, le malade était guéri sans difformité. Le malade put très facilement ouvrir la bouche, bien que quelques personnes eussent craint qu'il en fût autrement.

§ III. — *Procédé anaplastique par transport d'un pont cutané.*

M. Velpeau, auquel nous empruntons le passage suivant, dit : « J'ai pensé que dans certains cas il serait avantageux de modifier autrement ce genre d'anaplastie, c'est-à-dire que pour rapprocher plus facilement les deux côtés d'une grande déperdition de substance, aux membres par exemple, il serait bon non-seulement d'inciser dans une grande longueur les tégumens de chaque côté de la difformité, mais encore de les décoller pour en construire un lambeau en forme de pont adhérent par ses deux extrémités, et susceptible d'être entraîné fort loin par son bord interne (1). »

§ IV. — *Procédé d'autoplastie en tiroir.*

Ce procédé est attribué à Chopart qui en fit usage

(1) *Nouveaux élémens de médecine opératoire.* Paris, 1839, t. 1, p. 634.

pour réparer la lèvre inférieure. Dans ce procédé on commence par décoller la peau, doublée de son tissu cellulaire, et on circonscrit ensuite latéralement le lambeau par deux incisions parallèles. On peut, en le déplaçant, recouvrir avec lui la surface saignante et le fixer du côté opposé de la solution de continuité. M. le professeur Roux a mis fréquemment ce procédé en pratique en 1824 et 1825.

J'y ai eu recours à différentes reprises et entre autres pour les pertes de substance périnéale en taillant le lambeau aux dépens de la partie interne d'une cuisse pour le fixer au côté interne de la cuisse opposée en le faisant glisser au devant du périnée. C'est alors que des incisions latérales aident à obtenir la réunion par première intention. Il me semblerait plus juste de désigner ce procédé autoplastique sous le nom d'autoplastie en *rideau*.

§ V. — Procédé d'autoplastie par invagination.

M. Blandin a ainsi désigné le déplacement des tégumens et leur refoulement dans certains canaux musculo fibreux, le canal inguinal, par exemple.

CHAPITRE IV.

MÉTHODE AUTOPLASTIQUE PAR GLISSEMENT.

Cette méthode, quoique offrant de grands rapports avec la méthode par déplacement, en diffère cependant assez pour que nous puissions en faire une méthode à part.

On sait parfaitement que dans la méthode française on détache, on dissèque un lambeau dans une étendue variable et toujours proportionnée à la perte de substance que l'on veut réparer. On sait aussi que l'on rapproche au contact les surfaces saignantes maintenues par la suture. C'est alors par un véritable déplacement *actif*, c'est-à-dire par des tractions que le chirurgien répare la perte de substance avec le lambeau qu'il remonte ou descend suivant la position de la partie à réparer.

Il n'en est pas de même de la méthode que j'ai désignée sous le nom de *méthode par glissement* qui est caractérisée, en effet, par une sorte de locomotion de l'organe qui a été préalablement détaché dans une partie d'une de ses insertions ou dans l'épaisseur de son trajet. L'incision, en effet, n'est pas plutôt pratiquée que l'on voit l'organe cheminer, s'avancer vers le point fixe et réparer par un véritable glissement la perte de substance. Ce phénomène, ce changement de place ne peut échapper aux yeux des spectateurs les moins exercés aux opérations. C'est donc un véritable déplacement de totalité en vertu duquel, par exemple, le vagin change de position ainsi que la vessie sur laquelle il repose. Les lèvres des fistules les plus larges bientôt se trouvent en contact et la perte de substance se trouve ainsi réparée sans difficulté. Cette méthode est donc essentiellement différente de la méthode française, car, ici point de dissection de lambeau, pas de traction pour le déplacer,

pas de crainte de gangrène, puisqu'on ne fait que détacher un des points d'insertion de cet organe sans nuire à sa vitalité et à ses fonctions.

Dans la méthode par glissement on ravive avec une grande exactitude les lèvres de la plaie et on détache ensuite un point éloigné de la plaie qui peut permettre à l'organe de prêter beaucoup, de se déplacer par lui-même et cela par une sorte de glissement. En agissant ainsi, on peut réparer les plus grandes pertes de substance souvent sans difficulté et éviter de détacher un lambeau d'une autre région pour fermer l'ouverture congéniale ou accidentelle.

La méthode par glissement est applicable aux lèvres, à l'oreille, aux paupières, au vagin, au rectum, partout en un mot où l'on peut détacher un point fixe en rendant le reste mobile.

L'opération consiste donc à raviver la partie difforme ou les bords de l'ouverture accidentelle, et à détacher en grande partie ou en totalité l'extrémité opposée de l'organe par une incision profonde demi-circulaire ou complètement droite. L'organe prête ainsi pendant le temps nécessaire à l'adhésion des lèvres de l'ouverture accidentelle, et l'incision disparaît d'elle-même par la déposition de la lymphe plastique et sans qu'on soit obligé d'y appliquer des points de suture ou même des points de compression.

Cette méthode ne laisse pas de difformité à sa suite et expose moins encore que les diverses méthodes

précédemment énumérées, à la gangrène, à des inflammations érysipélateuses, phlegmoneuses, à des décollemens, à de la suppuration, et la guérison se trouve ainsi beaucoup abrégée.

L'incision qui détache le point opposé de l'organe doit être assez étendue pour que le glissement puisse s'opérer sans obstacle, et ses dimensions doivent être par conséquent en rapport avec le diamètre de l'ouverture que l'on doit réparer.

CHAPITRE V.

MÉTHODE PAR RENVERSEMENT OU PAR INFLEXION.

Aux trois méthodes précédentes, j'en ajouterai une quatrième à laquelle j'ai donné le nom de *méthode par renversement ou par inflexion*.

Nulle part il n'a été question de cette méthode ; par conséquent elle est essentiellement différente du procédé par déplacement dont MM. Dieffenbach et Serre de Montpellier ont parlé. On sait que ces chirurgiens ont conseillé de déplacer la membrane muqueuse afin de s'opposer à l'athrésie de l'ouverture de la bouche. M. Dieffenbach taille un lambeau buccal, et attire la muqueuse qui le forme sur les commissures.

M. Serre s'oppose à la fermeture de la bouche après la restauration des lèvres, en ayant soin, avant d'enlever la tumeur cancéreuse, de disséquer la membrane muqueuse avec laquelle il forme le bord libre de la nouvelle lèvre.

Voici les propres paroles de M. Serre :

« Il en est à-peu-près ainsi de la cheiloplastie : nous n'en sommes plus, en effet, au temps où l'on se contentait de prendre un lambeau sur la peau du cou ou du bras et de l'appliquer contre l'os maxillaire, sauf à le voir se recoquiller bientôt après et à laisser les dents à découvert. Depuis que j'ai prouvé que l'on pouvait disséquer la muqueuse buccale à la surface même des tumeurs cancéreuses, et la conserver en assez grande quantité pour ourler le bord libre de la nouvelle lèvre, la cheiloplastie a changé de face et est devenue l'une des opérations les plus importantes et les plus parfaites de la chirurgie plastique. »

Outre que ce procédé n'est pas applicable à tous les cas d'athrésie buccale, puisque la membrane muqueuse est fréquemment altérée en même temps que les autres tissus, la dissection de cette membrane, dans les circonstances où il ne s'agit pas d'enlever la totalité de la lèvre, serait très douloureuse et exigerait que l'on fit l'ablation d'une certaine épaisseur de l'ouverture de la bouche : or, pour les oblitérations par brûlure, par gangrène, par ulcération, et les vices de conformation congéniaux, la méthode par inflexion est préférable ; elle est, en effet, beaucoup plus sûre dans ses résultats et beaucoup plus simple quant au procédé opératoire ; j'ajoute que c'est là une méthode qui cherche à se généraliser et non un procédé opératoire.

D'après ce qui précède, il est évident qu'il s'agit ici d'une autoplastie qui se pratique sur les points où il y a une surface muqueuse, unie à la membrane cutanée, et par conséquent cette méthode est applicable aux athrésies des ouvertures naturelles.

En parlant de l'autoplastie par régions, nous verrons combien on peut retirer de profit de ce genre autoplastique. Nous en avons fait un fréquent usage pour la bouche, les voies génitales, les anus contre nature.

Cette méthode peut servir à oblitérer les ouvertures accidentelles et à conserver les ouvertures naturelles en raison de la structure des membranes muqueuses et cutanées, qui ne permet pas l'oblitération par fusion.

Ainsi, on peut avoir recours à cette méthode, lorsque, après une opération, on craint le rétrécissement ou l'oblitération d'une ouverture naturelle; ou lorsque le rétrécissement existe, ou bien encore lorsque le rétrécissement est congénial.

Procédé opératoire.

Dans cette opération, on distingue deux temps : 1^o le ravivement; 2^o la réunion.

Premier temps. — Lorsque les lèvres de la plaie ou de l'ouverture accidentellement rétrécie, ont été élargies, il faut tailler les surfaces de la manière suivante pour pouvoir les mettre en contact et les maintenir en rapport par la suture.

On doit toujours tailler en biseau un point ou toute la circonférence d'une ouverture naturelle aux dépens de la surface cutanée, sans toucher aux parties molles qui soutiennent la membrane muqueuse. Ce premier temps peut se faire avec le bistouri ou des ciseaux. Il résulte de là une saillie correspondant à l'ouverture naturelle et une dépression excentrique plus ou moins profonde.

Deuxième temps. — Cette perte de substance étant opérée, et l'ouverture naturelle agrandie, il suffit, pour maintenir les parties en cet état, de renverser en dehors le bord saillant et de le fixer sur le bord concave; c'est-à-dire, surface saignante contre surface saignante. Ce temps de l'opération s'exécute avec les doigts, avec une épingle, ou avec une aiguille armée d'un fil. Cela veut dire que le tout est maintenu en place par la suture entortillée ou entrecoupée.

La suture étant terminée, on a un rebord arrondi, formé par le roulement de l'ouverture que l'on veut dilater. Par ce mode opératoire la muqueuse devient apparente et d'interne externe; et seule elle forme la circonférence d'une ouverture par son renversement.

Les fils doivent être coupés au bout de trois ou quatre jours.

Plusieurs fois j'ai fait usage de cette méthode pour la bouche, l'anus, et les organes génitaux de la femme; toujours le résultat a été satisfaisant et la difformité peu prononcée.

On n'est jamais exposé par cette méthode à la gangrène ou à des insuccès, puisque la réunion s'obtient sans difficultés, un excès d'inflammation n'étant pas à craindre, des fusées de pus ne pouvant avoir lieu, et toutes les conditions de vitalité se rencontrant au plus haut degré dans les surfaces saignantes.

SECTION PREMIÈRE

TROISIÈME PARTIE.

De l'autoplastie dans ses applications particulières à la réparation des difformités des diverses régions du corps.

SECTION PREMIÈRE.

DE LA DESTRUCTION DES BRIDES ET CICATRICES DIFFORMES PAR L'AUTOPLASTIE.

Avant de passer en revue les réparations autoplastiques des diverses parties de la tête, du cou, de la poitrine, des membres, de l'abdomen, des organes génitaux et du canal intestinal, je m'occuperai d'abord de la destruction des brides qui se développent accidentellement sur la surface du corps et réclament le secours de la chirurgie plastique. Je n'entends pas parler des moyens de faire disparaître les colorations diverses et souvent très désagréables des cicatrices. Je ne dirai rien par conséquent de celles qui sont produites par la poudre, par le taffetas et d'autres matières colorantes qui se mêlent aux tissus de nouvelle formation d'une manière indélébile. Je ne ferai pas mention non plus des cicatrices saillantes que

l'on enlève facilement avec un bistouri à double tranchant, ni des cicatrices avec adhérence qui, le plus souvent, demandent à être respectées, surtout lorsqu'elles sont profondes et se continuent avec les organes intérieurs. C'est un moyen de guérison solide que la nature emploie fréquemment pour fermer des ouvertures accidentelles qui, sans cela, seraient une cause de hernies.

Il s'agit seulement ici des cicatrices dures, volumineuses qui déforment les organes sur lesquels elles s'implantent, les tiraillent et causent souvent de vives douleurs. Ces cicatrices déplacent les parties mobiles qui entourent les ouvertures naturelles; ce sont elles qui courbent les membres, les dévient, les déforment d'une manière choquante, paralysent leurs mouvements, et à la longue les mettent dans l'impossibilité de les recouvrer, à cause des déformations des surfaces articulaires qu'elles amènent avec le temps.

Ces cicatrices vicieuses se rencontrent fréquemment à la face, autour des yeux, des paupières, de la bouche; elles se rencontrent au cou, à la poitrine, aux membres, à l'abdomen, à la vulve dont elles gênent ou même dont elles empêchent complètement les fonctions.

Les brides qui réclament l'autoplastie sont de deux espèces: 1° Les cicatrices qui résultent de la réunion de deux organes ensemble, lorsque le chirurgien a laissé se confondre les bourgeons recouverts de la membrane pyogénique. Tantôt elles forment des

lames courtes et larges, comme aux doigts à la suite des brûlures, ce qui donne à la main une sorte d'apparence palmée; il en est de même au scrotum lorsque la verge s'est soudée avec cette partie.

2° D'autres fois, elles forment des brides plus ou moins longues, épaisses, libres dans la plus grande partie de leur étendue, n'offrant qu'un bord adhérent et imitant des cordes fort résistantes : elles sont formées par un tissu inodulaire qui attire par une force centripète les tissus environnans, la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les nerfs, les vaisseaux, les articulations elles-mêmes en vertu d'une rétractilité propre à ce tissu nouveau. Cette rétractilité est si grande que le traitement mécanique ne peut réussir à étendre les brides, les cicatrices, et que les bandages de toute espèce ne servent à rien pour empêcher les rétractions.

Dans ces cas, deux moyens sont généralement mis en usage par les chirurgiens : 1° les incisions; 2° l'excision du tissu inodulaire.

L'incision est le procédé le plus ancien : il ne remédie pas le plus souvent à la difformité, et ainsi que l'expérience me l'a démontré, elle laisse même après elle une rétraction plus grande qu'auparavant, pratiquée de la partie libre vers la partie profonde, ou de celle-ci vers la première. Cette simple incision de la bride exige des pansemens réguliers qui joignent à leur inutilité habituelle l'inconvénient d'être en outre fort douloureux.

Excision. — Delpech avait si bien senti les inconvénients d'une méthode que l'on n'a pas encore abandonnée, qu'il proposa d'enlever, d'extraire la totalité du tissu inodulaire, et de décoller ensuite, lorsque la perte de substance est trop grande, les lèvres de la plaie pour les réunir et les mettre ainsi en contact. Delpech excise donc seulement la bride et le tissu de nouvelle formation, et réunit ensuite les lèvres de la plaie. Lorsque la perte de substance est considérable après l'extirpation, il emploie la méthode de Celse pour pouvoir mettre les lèvres de la plaie en contact.

Cette méthode a réussi; mais elle est douloureuse et incertaine, et voilà pourquoi on a conseillé, toutes les fois que la perte de substance était très grande, d'avoir recours au procédé indien.

Ces deux méthodes sont basées sur les propriétés physiologico-pathologiques des cicatrices, et c'est pourquoi la théorie et la pratique du professeur de Montpellier paraît avoir conquis universellement l'esprit des chirurgiens. Je crois cependant que cette théorie pèche par plus d'un point. Sans parler d'abord de l'extirpation de tout le tissu inodulaire, opération le plus souvent incertaine et même dangereuse, il ne me paraît pas exact d'admettre que le tissu inodulaire ne puisse pas changer d'état. J'ajoute enfin que la théorie de Delpech est fondée sur un faux principe, celui de la permanence de l'état fibreux du tissu inodulaire.

Procédé de l'auteur.

L'expérience m'a démontré que le tissu dont je parle ne conservait sa dureté, sa résistance, sa rétractilité organique incessante, qu'autant qu'il existait un tiraillement, une irritation vitale que l'on peut faire cesser en réparant la perte de substance, et que, ce résultat obtenu, les tissus inodulaires reprenaient constamment leur mollesse; dès-lors aussi la trame de nouvelle formation reprend la consistance normale des tissus qui l'entourent.

Ces faits étant admis, il est évident que l'on peut s'opposer aux tiraillemens et faire disparaître la densité inodulaire par une incision faite dans toute l'épaisseur de la bride et par l'application d'un lambeau que l'on maintient en place au moyen de la suture entrecoupée.

Lorsque l'adhésion s'est établie entre le lambeau et les lèvres de l'incision de la bride, on pratique la section du pédicule afin de faire cesser tout tiraillement, et de permettre à la partie tous les mouvemens dont elle est susceptible.

Cette méthode nouvelle a été employée par moi pour rétablir les mouvemens et faire cesser des difformités que la simple incision n'avait fait qu'augmenter. Je l'ai mise en usage contre des brides faciales, suite de brûlures, et contre des brides pectorales énormes.

SECTION II.

AUTOPLASTIE CRANIENNE.

CHAPITRE I.

Je réunirai sous le nom d'*autoplastie crânienne* toutes les réparations qui peuvent être pratiquées sur les divers points du crâne.

On peut faire au crâne deux espèces de réparations, l'une aux parties molles et l'autre aux parties dures. On n'a pas fréquemment occasion de recourir à la chirurgie plastique pour réparer des difformités ou des pertes de substance qui peuvent se rencontrer sur différens points de la voûte crânienne. D'abord il est difficile qu'il se forme là des brides à cause de la densité des tissus et de la difficulté que le tissu indolaire éprouve à attirer les parties molles vers un point central; aussi ne rencontre-t-on presque toujours que des cicatrices adhérentes ou déprimées. Quant aux pertes de substance des os, lorsqu'elles sont peu étendues, elles se réparent d'elles-mêmes, et lorsqu'elles sont considérables, on ne peut songer qu'à protéger le cerveau par des moyens artificiels. Nous verrons plus tard ce qu'il faut penser des espèces de prothèse osseuse dont on a voulu faire usage. Ainsi

les difformités crâniennes ne troublant pas les fonctions cérébrales, étant d'ailleurs peu visibles et presque toujours protégées, ne réclament que fort rarement l'intervention de la chirurgie plastique; j'ajoute que dans les opérations sur cette région on n'emprunte pas aux régions voisines le lambeau propre à réparer les difformités.

CHAPITRE I^{er}.

AUTOPLASTIE CRANIENNE DES PARTIES MOLLES.

Elle est, je le répète, très souvent inutile et même impossible, car il n'existe pas là de peau en réserve et unie lâchement pour pouvoir être déplacée à volonté. La méthode française n'est donc guère applicable, et la nature seule remédie convenablement aux pertes de substance. On pourrait cependant avoir recours à l'autoplastie dans des cas où l'altération étant peu considérable, il suffit de détacher des parties molles dans une petite étendue et de les faire préter par des incisions latérales.

CHAPITRE II.

AUTOPLASTIE CRANIENNE OSSEUSE.

L'autoplastie osseuse a été essayée plusieurs fois sur l'homme, et des expériences assez nombreuses ont été pratiquées aussi sur les animaux; c'est pour-

quoi je dois m'arrêter un instant à cette espèce de prothèse. M. Maunoir, dont tout le monde connaît l'habileté, recommande l'autoplastie osseuse après l'opération du trépan, dans l'intention de protéger le cerveau. Walther ayant pratiqué une perte de substance aux os du crâne sur un chien, remit en place le cylindre osseux enlevé, et celui-ci reprit parfaitement. Un an après, le chien ayant été tué, on aperçut à peine la trace du cal; l'os dans cet endroit était seulement plus pâle qu'ailleurs. Sur un homme qui, après avoir subi l'opération du trépan, n'offrit aucune lésion dans l'intérieur du crâne, Walther se conduisit de même, mais les choses ne se passèrent pas aussi heureusement que sur le chien; il y eut de l'exfoliation et une suppuration qui dura pendant trois mois. Il s'échappa avec la suppuration une esquille qui n'était formée que par la table externe du cylindre osseux.

Enfin, on rapporte qu'un Russe qui avait perdu une partie des os du crâne se trouva guéri par l'application d'une portion osseuse empruntée à un chien.

Les expériences intéressantes de MM. Maunoir et Dubreuil méritent d'être prises en considération, et l'on ne peut repousser absolument, comme on l'a fait, la prothèse crânienne ('). Tout porte à croire

(') Ne voit-on pas des esquilles, des lames osseuses séparées reprendre après avoir été appliquées sur la surface d'où elles avaient été détachées.

qu'elle peut réussir, et dans certaines circonstances avoir un certain degré d'utilité. Enfin il peut se trouver des cas où son utilité soit formellement indiquée; mais je crois ces cas très rares, sans doute, car, en général, c'est pour des épanchemens, des collections purulentes que l'on pratique le trépan, et l'on sait qu'on est forcé de laisser au pus une issue pour qu'il puisse s'écouler. Il n'en est pas de même pour les épanchemens de sang circonscrits, limités; on pourrait alors replacer le disque osseux après avoir enlevé la cause de compression.

SECTION III.

AUTOPLASTIE FACIALE.

La face est, sans contredit, l'une des parties qui réclament le plus fréquemment les secours de la chirurgie plastique. La position et l'importance extrême de l'intégrité de ses organes sans cesse exposés aux regards; la facilité que l'on a à découvrir les plus petites difformités, les graves changements que les diverses lésions dont elle est le siège amènent dans les fonctions des sens, les irrégularités que les vices de conformation accidentels ou congéniaux déterminent dans la physionomie, les dégoûts qu'ils peuvent inspirer, sont autant de raisons qui ont dû de bonne heure exciter l'attention et l'émulation des hommes de l'art. Aussi se sont-ils occupés de corriger les aberrations de la nature ou les accidents survenus dans le courant de la vie, et nous avons vu dans la première partie de cet ouvrage que c'est pour remédier à ces accidents que l'autoplastie a d'abord été inventée. La nécessité a rendu l'homme ingénieux sur ce point comme en toute chose, et, quoique privé des lumières que nous possédons aujourd'hui, il a obéi à un secret instinct, à une sorte d'inspiration qui lui a tenu lieu de science.

CHAPITRE I^{er}.

AUTOPLASTIE AURICULAIRE OU OTOPLASTIE.

Je ne parlerai que des réparations partielles, et ne m'occuperai que d'une manière très succincte de la réparation de l'oreille externe dans son entier. D'abord le pavillon de l'oreille peut manquer dès la naissance, et il est bien certain que jusqu'à présent on n'a trouvé aucun procédé pour obvier à ce vice de conformation, et qu'il est impossible de refaire un fibro-cartilage, véritable squelette de l'oreille. Ce ne serait d'ailleurs que dans l'intention de remédier à la difformité choquante qui résulte de l'absence du pavillon que l'on pourrait recourir à l'autoplastie, puisqu'il suffit de l'oreille moyenne et de l'oreille interne pour que l'audition ait lieu quoique d'une manière imparfaite.

Cette difformité se produit soit par un vice congénial, soit accidentellement chez divers animaux, et alors l'audition est, dit-on, perdue ou diminuée. Le pavillon de l'oreille est, en effet, nécessaire pour rassembler les ondes sonores et les diriger vers le conduit auditif; mais il n'est pas absolument indispensable à l'accomplissement de l'audition, et même il est prouvé que, dans un assez grand nombre de cas, l'ouïe n'a rien perdu de sa finesse et de sa sensibilité.

J'ai vu un homme qui avait eu une oreille entièrement enlevée par une roue de voiture, conserver l'audition intacte de ce côté, quoiqu'il n'eût plus que ce

conduit auditif très rétréci à son orifice externe par le travail inodulaire qui formait la cicatrice.

Il est commun de voir des décollemens de l'oreille et des pertes de substances de la peau survenus à la suite de suppurations abondantes, de phlegmon diffus du cuir chevelu et de gangrène. Si le recollement ne s'obtient pas par des compressions régulières et par le bourgeonnement, il est utile de raviver le trajet organisé et de réunir par la suture après avoir, en dehors de celle-ci, fait des incisions plus ou moins profondes pour permettre l'agglutination ; on fait alors de l'autoplastie par déplacement.

Mais lorsqu'il existe une perte de substance, on est quelquefois forcé de disséquer la peau pour la déplacer, et d'aider à ce déplacement par des incisions latérales.

Quelquefois le lobule de l'oreille est partagé en deux avec ou sans perte de substance, et il existe alors une division choquante que l'on peut comparer à celle du bec de lièvre. Celui-ci seulement tient le plus souvent à un vice de conformation congénial, tandis que l'autre est principalement dû à un accident, à l'action des boucles d'oreilles ou des crochets qui ont été placés dans un but d'agrément. Lorsque ces objets sont d'un trop grand poids, ou lorsqu'on les tire trop, il en résulte de petites déchirures partielles qui se cicatrisent isolément ; enfin deux lèvres lorsque la déchirure est devenue complète. Il n'y a pas long-temps que j'ai dû remédier à une difformité de ce genre survenue chez une jeune fille,

baigneuse à Tivoli, qui avait eu le lobule traversé par un corps métallique dans l'intention de guérir une autre maladie. Les deux lobules étant complètement divisés, j'ai ravivé comme pour le bec de lièvre avec l'instrument tranchant les lèvres de la double division, et je les ai maintenues en contact par plusieurs points de suture. Des incisions latérales ont été pratiquées de chaque côté de la suture pour permettre le rapprochement. En peu de jours, la guérison a été complète.

Une perforation du pavillon de l'oreille, une perte de substance de son lobule doivent être traitées par le ravivement de la circonférence de l'ouverture, la suture et des incisions latérales profondes ou superficielles. Ce mode opératoire réussit à merveille.

Au contraire quand le lobule a été complètement détruit, ou lorsqu'une perte de substance ou une échancrure considérable existe au pavillon de l'oreille, on ne peut réparer les difformités qu'en rafraichissant ces surfaces et en empruntant un lambeau avec ou sans torsion, suivant qu'il a peu de chemin à faire ou beaucoup pour être appliqué sur les parties déformées : dans le premier cas, c'est la méthode française, dans le second, c'est la méthode indienne.

Galien, Celse, P. d'Egine ont indiqué plutôt qu'ils n'ont décrit les réparations de l'oreille; et rien dans ce qu'ils ont dit ne peut servir à diriger les praticiens. Il n'en est pas de même de Tagliacozzi qui parle d'un moine Bénédictin chez lequel la réparation d'une oreille fut si parfaite que l'on ne pouvait la dis-

tinguer de l'autre tant le succès avait été complet (').

Depuis ce célèbre autoplaste, les restaurations de l'oreille étaient tombées dans l'oubli, et c'est M. Dieffenbach qui a tenté de les en retirer.

Il résulte des expériences faites sur l'homme, que la reconstruction de l'oreille peut être essayée avec quelque espoir de succès, toutes les fois qu'un pavillon n'a pas été complètement détruit et qu'il en reste assez pour servir de soutien au lambeau réparateur. Tant que la destruction ne dépasse pas l'anthélix, on peut espérer de réparer la perte de substance avec assez d'exactitude pour que la difformité ait perdu de ce qu'elle avait de choquant.

Pour réparer l'oreille, tantôt on se sert de la peau qui entre dans sa structure et tantôt on fait usage des tégumens qui l'environnent. Les méthodes indienne et par transplantation sont celles que l'on emploie habituellement, et ce ne serait que pour réparer le tragus que l'on pourrait recourir à la méthode française.

(') Tum vero traducem adducere convenit et suturis cum auribus committere. Has aurium figura reget, et qua vel depressa, vel excelsa, designandæ et affligendæ sunt. Id autem non solum ad coalitum confert maximè, sed multo magis ad auris novæ conformationem, dum cartilagini annexus tradux, illabente desuper virtute, gyros eos et aurium flexus non in seite dixit annulari. Attestatur hoc monachus quidam ex familia D. Benedicti, cui medi auriculæ pars ea quæ inferior, tam eleganter, tam venuste restituta fuit ut id et nostram, et aliorum qui adstant, captum excederet. Cum itaque totius conformationis summæ in suturis, ut recte fiant vertatur, quam poterit diligentissimi tractandæ sunt (liv. II, t. XX de *Curtorum chirurgia per incisionem*).

Procédé opératoire.

Dans un premier temps on dissèque la peau en ayant soin de ne pas la dépouiller de son tissu cellulaire et de faire bien attention à son excessive minceur qui permet de la trouser et d'y interrompre la circulation par la plus petite cause, par exemple, par une torsion exagérée ou une compression trop forte.

Le second temps consiste à appliquer la surface saignante du lambeau sur la surface rafraîchie de l'oreille et à maintenir ces deux parties en contact par les sutures entortillée ou entrecoupée. Je préfère ces dernières.

Lorsque l'agglutination est complète on coupe les fils et on divise le pédicule afin d'éviter les tiraillemens et de donner au lambeau la forme la plus convenable et le plus de régularité possible.

Le lambeau de l'oreille demeure, dit-on, plus rouge dans le principe.

Lorsque le pavillon de l'audition a été complètement désorganisé, la chirurgie plastique ne peut plus rien, et il faut en appeler à la prothèse artificielle pour remédier à un pareil accident. Cette espèce de cornet acoustique était mis en usage du temps d'Ambroise Paré⁽¹⁾. Il est évident que cette partie mécanique a subi depuis d'importans changemens et son degré d'utilité d'ailleurs est en rapport avec sa perfection.

(¹) *OEuvres complètes*, nouvelle édition. Paris, 1840, t. II, p. 610.

CHAPITRE II.

AUTOPLASTIE DE L'APPAREIL DE LA VISION.

Aucun point du corps ne réclame d'une manière aussi impérieuse que l'œil une réparation prompte et efficace pour conserver une fonction aussi importante que celle de la vision.

On ne peut certainement pas espérer d'imiter ici parfaitement la régularité des formes naturelles. L'art est assez avancé cependant pour que le chirurgien puisse être d'abord d'une très grande utilité pour faire cesser un trouble fonctionnel grave et parfois même pour se rapprocher assez de la nature.

Le sourcil, les paupières, l'œil lui-même ont fréquemment été réparés par l'art à cause des vices de conformation congéniaux ou accidentels dont cet appareil complexe est le siège.

§ 1^{er}. — *Autoplastie sourcilière et palpébrale.*

L'intégrité des sourcils et des paupières est sans contredit très importante et même nécessaire, pour que la vision puisse s'accomplir dans toute sa perfection. Dès que l'un de ces organes a subi une perte de substance, la lumière, tombant avec violence sur la conjonctive et le globe de l'œil, produit l'éblouissement et l'inflammation d'une ou de plusieurs des membranes oculaires, et si l'autoplastie est utile, c'est donc contre des pertes de substance de cette nature.

§ II. — *Ophrioplastie ou réparation du sourcil.*

Personne n'avait songé à réparer le sourcil, sans doute parce que l'on croyait cette difformité incurable; je crois avoir le premier rempli cette lacune en démontrant que l'on peut le faire en empruntant un lambeau au cuir chevelu.

L'absence complète ou incomplète du sourcil par diverses causes qu'il est inutile d'énumérer, peut être corrigée par l'autoplastie; ici il est même facile de rendre la réparation aussi accomplie que possible, puisque on peut, en prenant aux dépens du cuir chevelu, ajouter au lambeau des cheveux qui simulent assez parfaitement le sourcil. Seulement, comme on le verra dans l'observation qui va suivre, le malade est forcé de tailler de temps en temps les cheveux qui naissent du lambeau et de les coucher de manière à imiter l'arcade surcilière. Il est rare que la perte du sourcil existe seule, parce que presque toujours elle est déterminée par une cause interne, la syphilis. C'est ainsi que la malade, dont nous avons réparé le sourcil, portait plusieurs difformités sur la face, suite d'une maladie syphilitique constitutionnelle.

Lorsqu'on pratique l'ophrioplastie on doit tailler le lambeau aux dépens de la racine du cuir chevelu et autant que possible vers la tempe, de manière à ce que la cicatrice soit cachée par les cheveux de cette région.

Non-seulement on doit raviver la surface où existait le sourcil; mais encore disposer le lambeau de telle manière qu'il ne soit ni trop large, ni trop étroit, et

cependant il doit avoir une certaine épaisseur pour imiter le sourcil. Enfin pour rendre moins saillant le lambeau, on devra en couper le pédicule. L'observation suivante renferme à-peu-près tout ce que nous avons à dire sur l'ophrioplastie.

11^e Observation. — Le 28 avril 1835, je reçus dans mon service à l'hôpital Saint-Louis la nommée Lambert (Annette), blanchisseuse, âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution scrofuleuse; cette femme offre plusieurs cicatrices profondes qui sont les suites d'une altération syphilitique grave et plusieurs ulcères de même nature. Qu'on se représente en un mot une vaste cicatrice consécutive aux ravages que la syphilis a exercés sur les parties molles et les os de la pommette, étendue de la racine des cheveux au bord libre de la moitié externe des deux paupières de l'œil gauche, occupant ainsi presque toute la région temporale, le haut de la région malaire, la partie externe et supérieure du front; ayant détruit les deux tiers externes du sourcil et produisant un renversement énorme de la paupière supérieure et de la commissure externe, on se fera une idée de l'état de la malade avant l'opération.

Pour remédier au renversement de la paupière supérieure, on excisa un bourrelet de la membrane muqueuse.

En 1835, le 25 mars, elle entra dans un hôpital pour y recevoir des soins contre ce renversement,

qui ne céda pas à une incision que l'on pratiqua, et à des cautérisations que l'on fit sur la conjonctive. A son entrée dans mon service, elle était dans l'état suivant : Il existait à la paupière supérieure du côté gauche, une cicatrice froncée irrégulière, fortement adhérente et qui la renversait en haut; la conjonctive exposée au contact de la lumière et de l'air, vivement excitée par ces deux corps, était devenue fongueuse; et cet état de boursoufflement et de rougeur s'étendait sur toute la membrane muqueuse oculaire. En outre, il existait une perte de substance, qui avait détruit à-peu-près dans toute son étendue, excepté dans son extrémité nasale, le sourcil gauche.

Il devenait important, dans de semblables circonstances, et contre de pareilles altérations, de remédier à ces deux difformités qui menaçaient de plus en plus l'existence de l'œil. Je réparai donc ces deux pertes de substance, à l'aide de deux lambeaux pris l'un aux dépens du cuir chevelu, et l'autre des parties molles des régions malaire et jugale. Le dernier fut glissé dans une incision pratiquée au milieu de la bride, maintenu au moyen de points de suture entrecoupée; et le premier étalé sur toute la surface ravivée du sourcil, et maintenu en place de la même manière.

Les pédicules furent divisés, lorsque je fus bien sûr que les lambeaux avaient contracté des adhérences, et qu'ils avaient pris vie dans la nouvelle région où l'un et l'autre avaient été appliqués. Après cette section, il ne se passa rien de remarquable; les pédicules s'af-

faissèrent et se collèrent tellement bien aux parties, qu'il ne resta aucune difformité.

En 1835, cette autoplastie fut pratiquée, et actuellement en 1840, les parties sont dans l'état suivant :

Dans les 5/6 internes de sa longueur la paupière supérieure ne présente plus de renversement. Sa face muqueuse n'est nullement à découvert; seulement la peau est un peu tirée par la cicatrice, et il en résulte que les cils ont une direction ascendante. Ce n'est qu'au niveau de la commissure externe, que le bord libre de la paupière supérieure est assez fortement tirailé pour laisser à découvert un bourrelet muqueux, peu saillant, de 2 lignes environ de largeur. La paupière inférieure ne présente pas le plus faible degré de renversement. Il faut remarquer toutefois que la paupière supérieure n'a ni assez de longueur, ni assez de mobilité pour s'abaisser au-devant de l'œil, quand la malade veut le soustraire à la lumière. Aussi, reste-t-il continuellement en contact avec l'air; mais il n'en résulte aucun accident notable.

La moitié externe du sourcil est refaite aux dépens d'un lambeau qui a été pris sur la partie externe et supérieure du front, au milieu des cheveux, et appliqué entre les lèvres d'une incision transversale par laquelle on a détruit la bride qui agissait sur la paupière supérieure. Ce lambeau est très bien conformé; il est aplati et régulièrement réuni à la cicatrice qui l'entourne de toutes parts. Il est séparé de la moitié interne du sourcil naturel par une cicatrice linéaire

un peu déprimée, mais qui étant cachée par les poils du sourcil et par les cheveux qui ont continué de croître sur le lambeau, ne constitue aucune difformité. En sorte que la malade, vue à deux ou trois pas de distance, semble posséder un véritable sourcil naturel. Les cheveux implantés sur le lambeau se dirigent en dedans, viennent croiser les poils du sourcil naturel, et sont assez épais pour former un abri très utile contre la lumière.

La seconde incision faite à la cicatrice, et qui a détruit la bride dont la rétraction, agissait sur la commissure externe des paupières pour la renverser, a été pratiquée dans le milieu de l'espace qui sépare cette commissure de la racine des cheveux. A sa place, on reconnaît le lambeau légèrement oblique en haut et en avant, qui a été emprunté à la peau placée au-devant du pavillon de l'oreille. Le lambeau forme un relief très visible, mais qui, cependant, n'a rien de difforme. Son sommet atteint presque la base du premier lambeau, avec lequel on a refait le sourcil, de telle sorte que ces deux lambeaux réunis par la pensée constitueraient une véritable bandelette demi-circulaire placée dans le champ même de la cicatrice préalablement divisée par le bistouri, et qui a été ainsi élargie de toute la largeur du lambeau autoplastique. Le lambeau supérieur ou sourcilier a de 3 à 4 lignes de largeur; et le lambeau temporal en a jusqu'à 5 ou 6 dans sa partie moyenne. L'opération que l'on a pratiquée a donc eu des résultats aussi avantageux

qu'on pouvait l'espérer, et c'est surtout en comparant l'état actuel de la malade avec ce qu'il était avant l'autoplastie que le succès est évidemment des plus satisfaisans (!).

§ III. — *Blépharoplastie.*

Jusque dans ces temps modernes on n'avait pas songé à réparer les paupières, lorsque celles-ci sont détruites par l'art ou par la maladie. Aussi trouve-t-on dans les ouvrages beaucoup de faits de rhinoplastie, de réparation des organes génitaux, etc., et point de faits se rattachant à l'anaplastie palpébrale. Un des premiers j'ai attiré l'attention des praticiens sur l'importance de cette réparation, et depuis 1835, j'ai eu l'occasion de la pratiquer plusieurs fois. Dans les journaux et les revues périodiques, il a été fait mention de ces cas, et de plusieurs autres appartenant à M. Blandin, et jusqu'à présent presque tous ces faits se rapportent à la paupière inférieure. Il existe un petit nombre d'exemples de réparation de la paupière supérieure, ce qui paraît tenir aux différences qui existent entre ces deux voiles mobiles. Quant à la fréquence et à la nature des altérations, le cancer a une prédilection marquée pour la paupière inférieure, tandis que pour la supérieure les altérations de ce genre sont excessivement rares et sont consécutives à un cancer de l'œil qui finit par

(!) Je ne reviendrai pas sur les détails que j'ai donnés plus haut sur la sensibilité et le mode de circulation de ces lambeaux ; on pourra consulter dans une des planches la figure qui représente ce sœuril.

envahir l'une et l'autre. Il résulte de là que l'ablation de la première exige tout naturellement des réparations que ne nécessitent pas les altérations de la seconde, puisque dans ce dernier cas on enlève l'organe qui n'a plus alors besoin d'être protégé.

Qu'une altération quelconque ait détruit la paupière, que l'art l'ait extirpée, toujours est-il que le chirurgien est appelé à veiller au rétablissement des fonctions visuelles gênées par la perte de cette partie protectrice du globe de l'œil.

Ou bien on est appelé pour réparer la paupière absente, à la suite d'une brûlure, de la syphilis, d'une pustule maligne, et alors on doit raviver préalablement la surface avant d'y appliquer le lambeau réparateur.

Ou bien il s'agit d'enlever la paupière cancéreuse, et dans ce cas il suffit d'appliquer de suite la greffe animale sur la surface saignante.

Avant de m'étendre davantage sur les réparations des paupières, il est bon de dire quelques mots de certains vices de conformation accidentels qui consistent dans des brides, lesquelles renversent les paupières, et que l'on répare parfaitement par l'autoplastie. Ces brides qui varient par leur siège, leur épaisseur, leur longueur, sont produites par des brûlures, des suppurations prolongées qui engendrent un tissu inodulaire très résistant.

Il est impossible de corriger la difformité par des incisions pratiquées dans l'épaisseur des brides, par des pertes de substance, c'est-à-dire par l'ablation

d'une partie de la bride et l'interposition d'une mèche de charpie ou tout autre corps destiné à empêcher le rapprochement des lèvres de la plaie faite par l'art. La bride devient, au contraire, plus résistante par cette seconde inflammation, d'où un renversement plus marqué des paupières ou de leur commissure. Il ne faut pas espérer non plus guérir la difformité par une perte de substance faite à la face oculaire de la paupière. Un seul moyen se présente approuvé par l'expérience, et dicté par la connaissance du mécanisme qui préside à la formation de ces brides. Ce moyen consiste à réparer la perte de substance au moyen d'un lambeau pris dans les parties voisines, et dans l'endroit le moins apparent de la face et à le glisser entre les deux lèvres de l'incision de la bride. Rarement ce mode opératoire manque son but, et si l'on ne parvient pas à réparer complètement la difformité, on arrive du moins à améliorer singulièrement l'état du malade, et à la rendre supportable. Plusieurs fois, je suis parvenu à guérir de la sorte, des renversements des paupières, etc., chez une femme dont j'ai réparé le sourcil, j'ai guéri un ectropion de cette manière. Il a suffi après cette opération de détruire un bourrelet de la conjonctive, pour remédier à-peu-près complètement au renversement.

Chez un nommé Désiré Picard, âgé de vingt ans, affecté d'ectropion de la paupière inférieure droite depuis l'âge de trois ans, j'introduisis entre les lèvres d'une plaie qui intéressait toute l'épaisseur de la

bride, un lambeau pris derrière la région malaire. Bientôt il adhéra, et je pus couper au bout d'un temps très court le pédicule. L'ectropion disparut, et le malade se trouva ainsi guéri d'un renversement survenu à la suite d'une brûlure qui avait suppuré.

Déjà un chirurgien habile avait cherché à remédier à cet accident par l'incision de la bride, et par l'écartement de ses bords au moyen d'une mèche de charpie placée ainsi dans l'intention de s'opposer à la réunion. Ce chirurgien vit bientôt cette bride prendre de l'épaisseur, et le renversement devenir plus considérable.

Un phénomène remarquable se passa après la guérison; c'est le développement de cinquante à soixante poils de 3 à 4 lignes de longueur, soyeux, châtains, dirigés en haut et en avant et légèrement arqués. Primitivement, la peau de cette région n'était couverte que d'un léger duvet. Picard quitta l'hôpital le 25 juillet 1835, et se présenta à moi long-temps après pour me montrer un développement du lambeau qui faisait une saillie difforme, et me prier d'y remédier. Je pratiquai l'ébarbement du lambeau, et cette opération fut couronnée d'un plein succès.

Je vais rapporter maintenant quelques observations importantes de blépharoplastie; on trouvera à la fin de cet ouvrage une figure représentant une nouvelle paupière que j'ai faite pour réparer une paupière cancéreuse que j'avais enlevée.

12^e Observation. — Le nommé Caillot, Pierre, âgé de 51 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 14 octobre 1839 pour être traité d'un cancer de la paupière inférieure du côté droit. Cet homme, d'un tempérament sanguin, s'aperçut il y a dix-neuf mois qu'un petit bouton d'un volume d'un grain de froment paraissait sur la conjonctive de la paupière inférieure. Il ne détermina d'autres incommodités que des démangeaisons qui le portaient à se gratter. Il en résulta une petite plaie qui fut touchée avec le nitrate d'argent. Le mal continuant à faire des progrès, Caillot fut opéré par un charlatan qui enleva incomplètement le mal; aussi la surface ulcérée devint-elle humide et laissa-t-elle écouler un liquide séro-sanguin, puis purulent. Du reste, la vision était intacte.

A son entrée à l'hôpital, la paupière inférieure était renversée sur la joue, et la muqueuse palpébrale, siège primitif de l'altération cancéreuse, offre une tumeur ovoïde dont la petite extrémité est dirigée vers la racine du nez, tandis que l'opposée répond au bord libre de la paupière qu'elle ne dépasse pas, et s'étend par conséquent du grand angle de l'œil à 3 lignes environ de la commissure des paupières. Rougeâtre, fongueuse, recouverte d'une légère croûte, la tumeur a pris un accroissement rapide depuis quelque temps, d'après ce qu'indique le malade.

La récurrence de la maladie après l'ablation de la petite tumeur, l'état des tissus de la paupière envahie

dans son épaisseur par l'altération, me décidèrent à retrancher en totalité cet organe et à réparer la perte de substance par l'autoplastie.

L'opération fut pratiquée le 26 octobre, et l'observation a été recueillie par un de mes internes très distingué, M. Laurès.

A l'aide de deux incisions, la tumeur fut circonscrite à sa base et séparée ainsi des parties environnantes avec un bistouri droit et pointu. Cet instrument attaqua d'abord la paupière au niveau de l'angle externe de l'œil, et fut promené de dehors en dedans entre la tumeur et le globe oculaire, en divisant les tissus qu'il rencontrait jusqu'à 2 ou 3 lignes du point lacrymal inférieur qui resta intact : puis, le dirigeant sur la portion cutanée de la paupière, je séparai entièrement celle-ci des parties sous-jacentes, et l'enlevai avec la tumeur. De la sorte, toute la portion de paupière occupée par la tumeur fut enlevée, et il ne resta du muscle orbiculaire que ses fibres les plus inférieures.

Cela fait, je m'occupai de réparer la perte de substance au moyen d'un lambeau triangulaire allongé, détaché de la partie supérieure de la région malaire. D'un pouce et demi de longueur et d'un demi-pouce de largeur, le lambeau disséqué fut appliqué sur la plaie où il fut maintenu par trois points de suture entrecoupée, un interne et deux inférieurs, les bords de la plaie faite à la région malaire furent réunis par quelques points de suture entortillée et un linge en-

duit de cérat appliqué sur les parties vulnérées, fut le seul pansement que j'employai.

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, le lambeau se tuméfia et augmenta de volume au point de couvrir l'œil sans exciter de douleurs. Cette tuméfaction diminua peu-à-peu et disparut enfin complètement. La vitalité de la nouvelle paupière s'assura par des adhérences, et on put faire la section du pédicule qui régularisa la commissure externe des paupières. Bientôt on put se convaincre que la paupière artificielle était douée de mouvemens dus au reste du muscle orbiculaire, moins étendus que ceux de la paupière opposée.

Il ne faut pas croire que cette greffe animale si curieuse et qui répara si bien la difformité ne fut pas suivie de quelques accidens qui même devinrent assez sérieux. En effet, deux érysipèles se déclarèrent successivement et gagnèrent le cuir chevelu. Le premier, survenu peu de temps après l'opération, se distingua par une inflammation érysipélateuse qui s'arrêta à la circonférence du lambeau ; et le second se manifesta au bout d'un mois à la suite d'imprudences commises par le malade (qui s'exposa à un courant d'air).

La première nuit qui suivit son apparition, il y eut un peu de délire, et le lendemain la face se tuméfia ainsi que le lambeau qui participa à la même lésion. La langue était rouge et sèche. Des cataplasmes sinapisés appliqués aux pieds, des manuluves salés et des tisanes rafraîchissantes et purgatives que je

prescrivis, combattirent avantageusement cette grave complication des plaies.

Au moment de son départ, Caillot n'offrait aucune espèce de larmolement à cause de la conservation du point lacrymal : la vision était parfaite. Des mouvemens communiqués existaient dans la nouvelle paupière qui est assez régulière pour en imposer au premier abord pour une paupière naturelle.

13^e *Observation.* — La nommée Julie Bonhourd, âgée de 51 ans, lingère, qui me fut adressée par M. Sichel, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 13 avril 1840, pour y être traitée d'une tumeur cancéreuse de la paupière inférieure qui exigea son ablation et sa réparation par l'anaplastie.

La maladie pour laquelle j'ai pratiqué cette opération a commencé, il y a huit ans, par un bouton placé à la partie externe de la paupière inférieure gauche, à 3 ou 4 lignes de son bord libre. Cette tumeur était le siège d'une suppuration ichoreuse qui engagea la malade à se faire soigner. Un très grand nombre de cautérisations pratiquées avec le nitrate acide de mercure furent faites, et cependant le mal ne fut que ralenti dans sa marche, et à la cessation des menstrues la tumeur prit un accroissement marqué. La malade se plaint de chaleur qui s'étend dans les parties voisines, et d'une démangeaison qui parfois dégénère en cuissons, et cependant il n'existe aucune douleur lancinante.

Lorsque la malade entre à l'hôpital, la paupière présente une grosseur du volume d'une noisette qui occupe presque la totalité de sa longueur. Aussi le bord libre est-il envahi depuis la caroncule lacrymale jusqu'à 2 lignes de la commissure externe; l'angle interne des paupières est arrondi, très ouvert; ce qui est dû au renversement du bord ciliaire. Cette tumeur dure, bosselée, inégale, excoriée dans une petite étendue, n'est pas adhérente aux os, ce qui est facile à reconnaître à la mobilité qu'on peut lui imprimer; mais comme elle est saillante, qu'elle est adhérente aux parties molles, ulcérée, recouverte d'une croûte et que sa nature cancéreuse ne laisse aucun doute, je procède à son extirpation.

Une incision courbe à convexité inférieure circonscrit la tumeur par en bas, et commencée près de l'angle interne, elle se termine à la commissure externe. Soulevée avec des pinces, la tumeur est disséquée de dehors en dedans, et la conjonctive est détachée jusqu'à la caroncule lacrymale, et sur une partie du globe de l'œil. L'altération une fois enlevée, je taillai un lambeau sur la région de la pommette, et l'appliquai sur la plaie et sur le tissu cellulaire de la face antérieure du bord inférieur de l'orbite. Trois points de suture maintinrent les parties en place, l'un d'eux tirait le lambeau vers la racine du nez et les deux autres unissaient le bord inférieur du lambeau avec le bord correspondant de la plaie. Le lambeau épais présente une difformité due à l'abon-

dance du tissu adipeux qui forme là un énorme coussinet à la peau comme dans toutes les autres parties du corps de cette malade qui est dans une sorte d'obésité.

La plaie qui avait fourni le lambeau fut réunie par deux points de suture entortillée : il n'y eut pas d'écoulement de sang, et une simple compresse appliquée au-devant des plaies constitua le pansement.

Le 19 avril, le sommet du lambeau dans l'étendue de 3 à 4 lignes est affaissé, noirâtre et moins chaud que partout ailleurs.

Le 22 avril, la paupière supérieure est gonflée au point d'empêcher de découvrir le globe oculaire. Un érysipèle s'est développé sur la joue et l'oreille gauche; mais il a respecté le lambeau.

Le 23 avril, on aperçoit un peu de suppuration vers le sommet du lambeau évidemment gangrené.

Le lambeau lui-même est rouge et tuméfié. Bientôt la portion mortifiée se détacha et la greffe s'affaissa; des bourgeons se développèrent et remplirent le vide qui sans cela aurait existé vers la partie frappée de mort. Le tissu inodulaire a agi si favorablement sur la partie autoplastique qu'elle a été tirillée vers l'angle interne de l'œil, de manière à détruire toute difformité.

Vers la fin de mai, malgré l'invasion d'un second érysipèle, la cicatrisation de tous les tissus qui naguère suppuraient est complètement achevée, et le lambeau est parfaitement greffé et par sa face posté-

rieure et par son bord inférieur. Toutefois ce lambeau représente une espèce de tampon volumineux qui empêche l'accomplissement des fonctions visuelles, et empêche la malade de voir les objets placés à ses pieds sans abaisser fortement la tête. Dans le but de diminuer son volume, j'incise son pédicule, et je puis immédiatement après cette section m'assurer que la sensibilité dont il était doué auparavant avait disparu par le fait même de l'incision. Le lambeau peu-à-peu a perdu de son volume, et la malade peut voir à-peu-près dans tous les sens avec la même facilité. En diminuant les sources de nutrition, j'ai évidemment rendu sa vitalité moins grande et affaibli ses phénomènes vitaux.

Les changemens qui se sont passés en lui m'ont fait abandonner le dessein que j'avais formé de l'ébarber.

Quant à la sensibilité qui avait d'abord disparu au moment de la section du pédicule, elle a reparu depuis, et bien certainement elle est aussi vive, aussi exquise que dans les autres parties du corps; ce qui fait supposer qu'il s'est établi là un courant aussi bien nerveux que vasculaire. Aujourd'hui 22 novembre 1840, j'ai piqué le lambeau, j'ai promené à sa surface un corps dur, et dans les deux cas la malade qui avait les yeux fermés a pu nous annoncer qu'elle sentait par là toutes les impressions lorsqu'on la touchait ou qu'on la piquait.

12^e Observation (Cancer du grand angle de l'œil. — Extirpation. — Restauration des parties à l'aide d'un lambeau. — Méthode française. — Blépharoplastie double). — La nommée Petit, veuve Faure, âgée de 68 ans, femme de ménage, entra à l'hôpital Saint-Louis le 20 mars 1847. Douée d'un tempérament sec et nerveux, habituellement d'une bonne santé, cette femme est née de parens sains et n'a jamais eu de mal aux yeux. La menstruation a toujours été régulière; elle n'a point eu d'enfans. Un coup d'ongle porté sur une tache de naissance qu'elle avait dans le grand angle de l'œil semble avoir été la cause de la maladie dont elle est atteinte aujourd'hui. Il n'y eut d'abord qu'une légère excoriation, puis cette excoriation s'est recouverte de croûtes dont la malade a souvent provoqué la chute en y portant la main pour calmer le picotement et les démangeaisons dont elle était le siège. Ces attouchemens répétés ont produit une ulcération de la grandeur d'une pièce de 20 sous.

En 1843, la malade étant entrée dans mon service, y subit d'abord un traitement anti-syphilitique complet. La plaie fut pansée avec la pommade au calomel; mais ce traitement continué pendant près de deux mois sans résultat favorable fut abandonné; et l'ulcération fut enlevée avec le bistouri. La plaie se cicatrisa par seconde intention.

Mais peu de temps après avoir quitté l'hôpital, la malade vit reparaître sur la cicatrice un bouton cancéreux qui ne tarda pas à s'ulcérer. La petite ulcé-

ration fit des progrès à la longue et s'étendit graduellement aux parties environnantes. Le bord libre de la paupière inférieure d'abord et en dernier lieu celui de la paupière supérieure se trouvèrent envahis par les progrès de l'ulcération. Dans cet état, la malade se décida à venir une seconde fois à l'hôpital.

On constate alors dans le grand angle de l'œil droit une ulcération de la largeur d'une pièce de 2 francs. Cette ulcération se prolonge en bas sur la moitié interne du bord libre de la paupière inférieure, et en haut sur le quart interne du bord libre de la paupière supérieure. La surface de cette ulcération est très inégale et présente quelques tubercules rouges, saignant au toucher, séparés par des enfoncemens plus ou moins profonds. Les bords sont saillans, un peu taillés à pic et fortement indurés; la partie centrale fournit un peu de matière purulente. Les larmes coulent sur la joue au lieu de passer par les points lacrymaux, et la narine correspondante est ordinairement plus sèche que celle du côté opposé. Quelques élancemens se font sentir de loin en loin dans l'angle de l'œil; mais ce qui gêne surtout la malade, ce sont des démangeaisons et des picotemens presque continuels. Le globe oculaire, du reste, est parfaitement sain.

Cette altération, de nature carcinomateuse, ne présentant pas d'autres chances de guérison que l'extirpation, je l'attaquai le 26 mars de la manière suivante :

Deux incisions semi-elliptiques sont tracées d'abord

autour des limites de l'altération ; la première incision, partant du milieu de la paupière inférieure, est prolongée au-dessous de l'ulcération en allant de dehors en dedans, et remonte sur la partie latérale du nez. Une autre incision de même forme vient rejoindre la première ; elle s'étend depuis la réunion du quart interne avec les $\frac{3}{4}$ externes du bord libre de la paupière supérieure. On la commence avec des ciseaux, et on l'achève avec le bistouri. Les parties malades ainsi circonscrites sont disséquées de bas en haut et enlevées en totalité. Dans cette dissection, je ménage avec soin le sac lacrymal. La plaie résultant de cette opération est large et arrondie, de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Pour la recouvrir, je fais sur la joue une incision de 3 centimètres de longueur, légèrement oblique en bas et en dehors, et partant du milieu du bord libre de la paupière inférieure. Une seconde incision parallèle, commençant au-dessous du sac lacrymal, est faite suivant la même direction que la première ; sa partie inférieure est un peu arrondie en demi-lune et prolongée jusqu'au milieu de la base du lambeau, de manière à rétrécir le pédicule. Le lambeau obtenu par ces deux incisions de forme quadrilatère, de 2 centimètres de diamètre, est disséqué de haut en bas jusqu'au niveau du pédicule. Je le saisis alors par son sommet, le remonte et le fixe au moyen de quatre points de suture entrecoupée dans le grand angle de l'orbite. La perte de substance est alors entièrement recouverte, et les deux pau-

pières se trouvent rapprochées; l'occlusion du globe de l'œil est complète. Après avoir coupé les fils près de leur nœud et nettoyé les parties, j'applique quelques disques d'agaric autour du lambeau et je comprime modérément. La malade est alors placée dans son lit, la tête fortement élevée. Cependant dans le courant du jour, une hémorrhagie se déclare et oblige à renouveler l'appareil. Le sang alors cesse de couler, et la malade passe une bonne nuit.

Le lendemain 28, je lève l'appareil et panse comme la veille avec des disques d'agaric. Le lambeau se maintient dans sa position bien adapté à la surface de la plaie.

Le 29, l'état local n'est pas changé, le lambeau jouit de toute sa vitalité; un peu de rougeur existe au sommet. Pansement à plat avec de la charpie trempée dans l'eau de guimauve.

Le 30, j'enlève le point de suture qui fixe le sommet du lambeau.

Le 1^{er} avril, il semble réuni complètement; on enlève les autres points de suture.

Le 2, la réunion est obtenue; pansement à plat.

Tout va bien les jours suivans. On continue le pansement.

Le 20 avril, je procède à la division du lambeau. Pour cela, je fais glisser de dehors en dedans une sonde cannelée que je fais arriver horizontalement dans le grand angle de l'œil; et, à l'aide d'un bistouri placé dans la cannelure de la sonde, je partage le

lambeau en deux parties inégales, l'une supérieure destinée à réparer la perte de substance de la paupière supérieure, et l'autre inférieure qui formera le bord libre de la paupière correspondante. De cette manière le globe de l'œil est mis à découvert et en état de reprendre immédiatement ses fonctions. On le soustrait encore néanmoins à l'action de la lumière, bien qu'il n'ait subi aucune altération, et l'on place entre les lèvres de la division quelques brins de charpie.

Les jours suivans, la portion inférieure du lambeau s'abaisse graduellement et subit une sorte de rétraction; cependant la portion destinée à réparer le bord libre de la paupière inférieure reste sur la même ligne que la partie externe de ce voile; ces deux moitiés de la paupière se continuent l'une avec l'autre; l'interne seulement est plus saillante et dépourvue de poils. Cette saillie du bord interne empêche les larmes de couler sur la joue.

Le 4^{er} mai, on cesse toute espèce d'appareil; la malade se nettoie de temps en temps avec de l'eau de guimauve. Elle ouvre et ferme l'œil à volonté et dans l'occlusion les paupières se rapprochent au contact dans toute leur étendue, sans tiraillement ni difficulté, et cachent ainsi toute la surface du globe oculaire. Il n'existe pas de renversement de leur bord libre, les larmes ont repris leur cours naturel et la narine correspondante est plus humide qu'avant l'opération. La portion de lambeau appartenant à la pau-

pière supérieure est arrondie, régulière et ne diffère de la portion externe que par l'absence des cils; le grand angle de l'œil est un peu arrondi; la paupière inférieure n'offre que peu de difformité, son bord libre se continue assez exactement avec la partie externe; il en est séparé par une petite dépression cicatricielle qui rappelle l'incision pratiquée pour tailler le lambeau. Le relief que formait d'abord ce dernier a presque entièrement disparu et sa surface est à peine plus élevée que celle des parties environnantes. Il conserve, du reste, toute sa sensibilité ainsi que la partie qui forme la paupière supérieure.

Outre l'état local, l'état général de cette femme est très satisfaisant. Elle sort de l'hôpital le 18 mai.

13° *Observation.* — Le 9 mars 1838, entra à l'Hotel-Dieu, salle Saint-Jean, service de M. Blandin, une jeune femme âgée de 20 ans, d'une constitution robuste, pour y être traitée d'une perte de substance, qui occupait toute la paupière supérieure, excepté son bord libre. D'une semblable altération survenue à la suite d'une gangrène, était résultée une inflammation de la conjonctive oculaire devenue fongueuse, et une opacité à-peu-près complète de la cornée transparente.

M. Blandin remédia à une altération aussi grave par l'autoplastie. L'opérateur emprunta son lambeau à la peau du front, lui donna la forme ovalaire et un pouce et demi d'étendue dans son grand diamètre. Le

pédicule se continuait avec la racine du nez, et avait 9 lignes environ de largeur.

Après avoir ravivé la partie déformée, il appliqua les deux surfaces saignantes l'une contre l'autre, et les maintint par des points de suture. On ne réunit pas la plaie du front. Il se développa un érysipèle qui fut accompagné de symptômes graves, inquiétants pour le sort de la malade.

Le traitement énergique employé par M. Blandin fit avorter les accidens. L'adhérence du lambeau s'opéra très bien et la nouvelle paupière fut si heureusement refaite, qu'on fut étonné d'un si parfait résultat. La partie réparée présentait même une sorte de mouvement qui parut due à une portion du muscle frontal conservée dans le lambeau.

L'œil reprit à-peu-près ses fonctions; la plaie du front fut remplacée par une cicatrice presque linéaire.

On rapporte que M. Blandin a pratiqué encore une blépharoplastie de la paupière inférieure droite pour une difformité produite par une pustule maligne, dont le malade avait été atteint à l'âge de quatre ans. A la suite de cet accident, il s'était formé des brides cicatricielles qui, tirant en bas la paupière inférieure, avaient renversé complètement le cartilage tarse, et laissaient à nu la conjonctive palpébrale rouge et boursoufflée.

Une excision des brides est faite transversalement au-dessous de la paupière inférieure, et, le cartilage tarse étant réplacé dans sa position normale, il reste entre les

lèvres de la plaie un écartement de 8 lignes environ. Alors on glisse dans cet intervalle un lambeau quadrilatère pris aux dépens des tégumens de la région temporale, et maintenu en contact avec la surface saignante, au moyen de deux points de suture placés à chaque angle de la partie interne de la plaie.

Le quatrième jour après l'opération, on enlève les points de suture et l'on reconnaît que le lambeau est adhérent.

14^e Observation (*Cancer de la paupière inférieure gauche. — Extirpation. — Blépharoplastie*). — La nommée Hubert âgée de 65 ans, se présenta à l'hôpital Saint-Louis, le 7 avril 1840, pour être admise dans mon service.

Forte et robuste, cette femme était d'un tempérament sanguin. Elle nous raconta que sa mère succomba à une affection squirrheuse, et que son père était mort d'une fluxion de poitrine.

Interrogée sur la marche de l'affection cancéreuse, Hubert nous dit qu'à 2 lignes environ de la commissure externe, un petit bouton dur, de forme conique et de la grosseur d'une lentille, avait paru pour la première fois vers l'année 1825, et que pendant cinq ans elle ne s'occupa en aucune manière de cette tumeur qu'elle regarda comme de nature verruqueuse; mais elle finit par s'apercevoir qu'elle s'étendait vers le cartilage tarse, tout en se propageant dans l'épaisseur de la paupière vers la commissure interne; et

bientôt elle vit la paupière se tuméfier, la peau devenir rouge, se fendre, s'ulcérer et laisser suinter un liquide sans odeur. Hubert croit se rappeler qu'elle n'a éprouvé aucune espèce d'élançemens. Son état l'inquiéta; aussi alla-t-elle consulter les sœurs de Saint-Thomas, qui lui ordonnèrent une pommade dont elle se servit pendant trois mois. Elle l'employa sans succès, et voyant que le mal faisait des progrès, elle alla consulter un célèbre chirurgien de la capitale, puis se mit entre les mains de notre malheureux confrère le docteur Biett, qui la cautérisa pendant six mois. Ce traitement fut inefficace. Pendant un an elle fut soignée par un de nos confrères, lequel l'adressa au docteur Sichel qui l'envoya dans notre hôpital pour être opérée.

Pendant toute sa vie, cette malade a été bien réglée et n'a éprouvé que des variations insensibles.

Lors de son entrée à l'hôpital St.-Louis toute la paupière inférieure gauche était le siège d'une tumeur, qui occupait toute l'épaisseur de cette paupière et s'étendait même sur la joue. Par son poids elle renversait le bord libre, et toute sa surface irrégulièrement bosselée, offrait des ulcérations qui se continuaient avec une ulcération plus étendue, remplaçant le tiers externe de cette même paupière qui avait été rongée. Les bords de ces ulcérations étaient légèrement renversés, fongueux, saignans; et la conjonctive découverte vers la commissure externe était fortement injectée. Il n'était guère possible de douter

de la nature cancéreuse de la tumeur qui me parut de l'espèce encéphaloïde. Je proposai à la malade de l'extirper, elle accepta de suite.

Le 15 avril 1840 elle fut opérée. La paupière fut enlevée en totalité à l'aide du bistouri; l'incision embrassa la tumeur et offrait la forme semi-lunaire. Une certaine quantité de sang s'écoula pendant la dissection à cause de la grande quantité de vaisseaux qui arrosaient la tumeur. Sans désemparer, un lambeau taillé aux dépens de la région malaire correspondante, fut appliqué sur la surface saignante et maintenu dans sa nouvelle place par des points de suture. Ce lambeau d'abord perdit toute sensibilité; mais lorsque la circulation fut complète et qu'il eut repris sa vitalité normale, la sensibilité tactile reparut. Au bout de six semaines environ, lors de la section du pédicule, la sensibilité disparut de nouveau pour reparaitre ensuite lorsqu'une nouvelle circulation se fut largement établie entre lui et la surface sur laquelle il avait été greffé. Le pédicule, lors de sa section, avait fourni une grande quantité de sang qui jaillissait d'une artère qui l'alimentait. Il suppura et s'atrophia, et l'autre extrémité vint se placer vers la commissure externe où elle se fixa par seconde intention.

Hubert sortit après deux mois de séjour dans l'hôpital.

Environ trois mois après sa sortie cette femme rentra dans mon service où elle demeura pendant dix jours.

Nous remarquâmes alors que le lambeau était très vasculaire, vermeil et doué d'une sensibilité excessive. Ce lambeau n'adhérant que dans les trois quarts de sa longueur et laissant vers son quart externe un intervalle entre lui et les parties molles, d'où s'échappait du pus; j'en fis la section. La paupière est restée constamment depuis de la teinte de la face, c'est-à-dire que le lambeau est vasculaire comme toutes les autres parties de la figure qui sont d'un rouge assez prononcé; et, aujourd'hui, 26 juillet 1843, la paupière est on ne peut plus sensible et fournit du sang par la plus petite piqûre. La malade juge à l'instant les différences qui existent entre une piqûre et un pincement, et apprécie sans difficulté et avec la plus grande promptitude les différences de température.

Il nous reste maintenant à dire ce qu'est devenue l'affection cancéreuse, à parler de sa récurrence, des intervalles de temps pendant lesquels la malade est demeurée guérie, et ce qu'est devenu le point primitif où avait d'abord paru l'affection cancéreuse.

Dix jours après la résection d'une petite partie de ce lambeau, la malade sortit de l'hôpital, ne présentant aucune trace de son ancienne affection. Mais Hubert vit reparaitre quelque temps après l'ulcération à l'angle interne de l'œil et à l'extrémité correspondante de la nouvelle paupière. Je touchai le point malade avec du nitrate d'argent, et fis panser avec de l'onguent napolitain, qui n'amena aucun changement; puis le mal s'aggrava et fit des progrès.

Lorsqu'elle se présenta à nous après un certain intervalle de temps, il existait une ulcération cancéreuse qui occupait tout le grand angle de l'œil, laquelle était grisâtre, déprimée à son centre et atteignait presque la paupière supérieure. J'extirpai la nouvelle altération le 27 avril 1844, en la cernant à l'aide d'un bistouri droit et d'une pince à disséquer. Les artères qui fournissaient du sang furent tordues. Le sang étant arrêté, je décollai tout autour de la plaie les tégumens avec un bistouri droit, et cette dissection porta sur le côté interne de la paupière supérieure, la face dorsale du nez et la peau qui gagnait les joues. Il résulta de cette dissection, que la perte de substance put être réparée par une véritable locomotion, par une autoplastie par déplacement, de manière que les deux paupières purent être affrontées et maintenues en place par deux points de suture entrecoupée. Cette réunion fut rendue plus facile par une incision qui se prolongeait sur le nez.

Le 28 avril, le soir du deuxième jour de l'opération, il se manifesta de légers frissons, il survint des nausées, et on observa de l'engorgement dans les ganglions sous-maxillaires du côté gauche.

Le 29 avril, un érysipèle s'est complètement déclaré autour de la plaie, et il gagna promptement le nez, la joue, la face et le cuir chevelu. Il mit six jours à parcourir ces diverses régions, et s'éteignit le huitième jour en bas du cou, et à la partie supérieure du dos. A différentes reprises, je fis appliquer des

sangsues à la base du cou et fis mettre sur les points érysipélateux des compresses trempées dans l'eau de sureau. Il n'y eut pas de délire.

Le 3 mai, les fils avaient coupé les lèvres de la plaie; cette section s'était opérée par la pression des fils et la tuméfaction des lambeaux.

Le 8 mai, la fièvre avait complètement cessé. Les lèvres de la plaie sont vermeilles; elles suppurent et les larmes ne coulent point sur la joue, quoique le conduit lacrymal inférieur ait été enlevé, ce qui prouve que le point lacrymal supérieur peut seul suffire.

Le 12 et 14 mai, je pratiquai quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, et des onctions avec l'onguent napolitain, furent faites.

Le 20 mai, la cicatrice était à-peu-près complète, et il ne restait plus qu'une petite plaie de la largeur d'une tête de grosse épingle.

Le 31, la cicatrisation était complète.

Voici dans quel état se trouvait Hubert lorsqu'elle fut guérie de sa nouvelle opération :

La nouvelle paupière inférieure gauche forme un léger relief au-dessus du niveau des parties molles environnantes. Elle a 5 centimètres d'étendue depuis son pédicule jusque vers l'angle interne de l'œil. Sa hauteur prise au niveau de la commissure externe des paupières est de 47 millimètres. Elle est partout réunie, si ce n'est dans un seul point de la rainure inférieure où se fait un léger suintement.

Tout le côté de la joue y compris la paupière de nouvelle formation est sensiblement plus rouge et plus chaud que du côté opposé; la sensibilité du lambeau est aussi parfaite que dans les parties environnantes.

Les parties qui ont subi la dernière opération sont dans l'état suivant : l'angle interne de l'œil présente une cicatrice déprimée et froncée qui se termine au niveau de la caroncule lacrymale dont elle occupe la place par une petite bride verticale à concavité dirigée en dehors et dont les extrémités tiennent aux deux paupières. L'œil est un peu porté en bas et en dedans à cause d'une petite bride qui va se fixer à la sclérotique. La paupière supérieure est aussi maintenue un peu plus abaissée sur le globe de l'œil; elle couvre à peine la circonférence supérieure de la pupille. La sécrétion des larmes paraît être légèrement augmentée de ce côté.

Julie Hubert rentra de nouveau à Saint-Louis, le 30 août 1845, pour y recevoir nos soins au sujet d'une récurrence du cancer qui, cette fois encore, n'avait pas reparu à l'endroit où la réparation avait été faite; mais sur les cicatrices qui partaient du globe de l'œil pour se rendre sur la paroi interne de l'orbite.

La malade se plaignait alors d'insomnies, de douleurs lancinantes, et il existait à la partie interne de l'œil une dépression ulcéreuse qui fournissait une quantité assez considérable d'un pus ichoreux. L'orbite était le siège de battemens continuels, les mouvemens de l'œil presque impossibles, et des douleurs

vives résultaient du moindre attouchement. Bien que la cornée fût opaque dans une grande partie de son étendue, la malade voyait encore les objets environnans.

J'eus recours aux frictions mercurielles, aux cataplasmes émolliens; mais tous ces remèdes furent sans effet. La malade demanda elle-même une nouvelle opération qui fut pratiquée le 4 septembre de la même année.

L'œil sain commençait à se troubler, car elle se plaignait de ne pas voir distinctement les objets.

La récurrence du cancer étant manifeste, je dus céder aux désirs de la malade.

Comme elle pouvait encore distinguer la forme et la couleur des corps et que le globe de l'œil paraissait avoir conservé son intégrité, excepté la cornée dont l'opacité pouvait être due à l'inflammation, je me décidai à extirper les parties malades en respectant l'œil lui-même. Pour arriver à ce but, j'incisai la commissure interne afin de manœuvrer plus facilement; et, saisissant avec des pinces les cicatrices, je les attaquaï avec un bistouri, et je procédais à une dissection minutieuse, lorsque je m'aperçus que la sclérotique et la cornée participaient réellement à la grave lésion pour laquelle je pratiquais l'opération. J'abandonnai ma première idée; et, sans désespérer, j'extirpai le globe de l'œil. Dès-lors j'agrandis par une incision la commissure externe, je fis écarter les paupières et je saisis le globe de

l'œil avec une érigne, tandis que de l'autre main je cernai cet organe avec un bistouri, et lorsqu'il fut ainsi détaché des parties environnantes, je procédai à la section du pédicule vasculo-nerveux et musculaire. A cet effet, des ciseaux courbes furent glissés le long de la paroi supérieure de l'orbite, et pendant que l'œil était incliné en bas je portai ces instruments sur les vaisseaux, les nerfs et les tendons. Trois coups de ciseaux suffirent pour détacher l'œil, et l'écoulement de sang qui en résulta fut facilement arrêté par un tamponnement doucement exercé avec de l'agaric, au fond de l'orbite.

L'examen de la pièce ayant été fait, nous trouvâmes une ulcération sur la sclérotique et un épaissement marqué existait à l'union de cette membrane avec la cornée. La sclérotique présentait une saillie dure et très adhérente à la conjonctive, laquelle était bien évidemment de nature cancéreuse.

Le 5 septembre, je me contentai de changer le linge de pansement sans toucher à la bandelette d'amadou. La malade était calme, les douleurs avaient cessé; le pouls battait 76 fois par minute.

Le 6 et les jours suivants, on renouvela le pansement tout entier. Le 9, dans la journée, la malade se plaignit de douleurs vagues dans les membres, d'une céphalalgie intense; la langue devint pâle, le ventre un peu sensible: depuis deux jours il n'y avait point eu de selles.

Le lendemain, on voit les parties voisines de la

plaie se tuméfier, devenir rouges ; cette rougeur s'effaçait sous le doigt en s'accompagnant d'une sensibilité assez vive. Je fis enduire les parties malades avec une pommade composée de 4 grammes de nitrate d'argent pour 32 grammes d'axonge.

Le lendemain, tout le front, les oreilles et la racine des cheveux étaient couverts d'une rougeur érysipélateuse ; la malade avait eu du délire pendant la nuit, le pouls était fort et fréquent ; la peau chaude, les réponses lentes et pénibles, la constipation continue. Nouvelle friction avec la pommade au nitrate d'argent ; pansement de la plaie avec du cérat mercuriel.

Le lendemain, l'érysipèle était arrêté vers les parties supérieures de la tête qui présentent une couche noirâtre, épaisse, et une sensibilité moins vive qu'auparavant (onction avec la pommade au nitrate d'argent). Dès-lors le délire ne se reproduisit plus, la suppuration de la plaie se fit sans aucun accident, et dans les premiers jours du mois d'octobre les deux paupières se trouvaient *accolées*.

15° *Observation*. — Le 21 mars 1835, j'admis dans mes salles à l'hôpital Saint-Louis une femme nommée Guyot (Thérèse), âgée de 28 ans, journalière, pour y être traitée d'une tumeur cancéreuse de la paupière inférieure droite. La maladie avait débuté, il y a trois ans, par un bouton de la grosseur d'une lentille qui fit peu-à-peu des progrès et qui entretenait l'œil dans un état continuel d'irritation. Les divers moyens que

l'on avait mis en usage pour entraver la marche du mal n'avaient fait au contraire que l'augmenter, et le développement qu'elle prenait engagèrent le médecin à l'enlever. Voulant épargner la surface extérieure de la tumeur, il l'attaqua par la face muqueuse. A la suite de cette opération une ophthalmie se déclara et l'affection palpébrale, loin de se borner, fit des progrès plus rapides.

Le 28 mars, jour de l'entrée de la malade, on observe qu'elle est d'une bonne constitution. Sa famille n'a point eu d'affection cancéreuse. La paupière est envahie par une ulcération grisâtre, présentant des bourgeons fongueux qui laissent écouler une sérosité purulente. Cette ulcération, après avoir détruit la surface extérieure de la paupière, s'est étendue à son bord libre, à la muqueuse palpébrale, oculaire et à la cornée. Dans la moitié de la circonférence de celle-ci, on voit un bourrelet saillant, d'une ligne environ, non adhérent. Je pensai qu'il n'y avait d'autre traitement à employer que l'ablation de la tumeur. Mais la conjonctive étant altérée, on ne pouvait se borner à enlever seulement la paupière sans s'exposer à une récurrence. L'extirpation de l'œil paraissait donc offrir seule une chance de guérison.

Il me sembla qu'on pouvait faire ici une nouvelle application de la blépharoplastie qui fut pratiquée immédiatement après l'ablation du cancer. Pour faciliter le manuel opératoire, je fendis avec le bistouri la commissure externe dans l'étendue de 6 à

7 lignes; et après avoir cerné la paupière par une incision courbe au-dessous de la limite du mal, je l'enlevai en entier. La conjonctive oculaire cancéreuse fut détachée par la dissection et excisée. Puis je taillai aux dépens de la joue un lambeau triangulaire, très allongé, dont le sommet répondait à-peu-près vers le milieu de l'os malaire et la base vers la partie moyenne de la face externe du nez. Ce lambeau avait un pouce et demi de long sur 4 à 6 lignes de large. Il fut appliqué à la place de la paupière, de façon que son sommet correspondit à la commissure interne. Il fut maintenu dans cette position par la suture.

Le premier pansement est fait quatre jours après l'opération, époque à laquelle l'adhérence était presque complète. Trois semaines après, je coupai le pédicule. L'extrémité du lambeau fut placée à la commissure externe de la paupière; il ne fut pas même nécessaire de raviver la surface correspondante ni d'employer de nouveaux points de suture. Le lambeau vint s'appliquer en quelque sorte lui-même sur la place qu'il devait occuper. La cicatrisation ne tarda pas à être complète et l'on put s'assurer que la paupière de nouvelle formation était douée de mouvemens. L'absence seule des cils pouvait détruire l'illusion.

Réflexions. — J'ai parlé assez longuement de la blépharoplastie pour démontrer combien cette opération est importante. Il n'y a donc pas à hésiter quand une réparation est devenue indispensable, pour mettre un terme aux douleurs qui empêchent les malades de se

servir de la vue, et à l'inflammation permanente de l'œil qui aurait inévitablement les suites les plus fâcheuses.

On croyait autrefois, qu'il était impossible de refaire une paupière, et cela devait paraître ainsi avant les progrès récents de la science. La structure délicate et les fonctions de ces voiles mobiles permettaient-elles de songer à confectionner artificiellement les parties une fois détruites ? A l'époque où vivait Celse, on était imbu de ces principes, et Celse lui-même exprime sa manière de voir, dans les termes les plus clairs. *Si tota deest, nulla id curatio restituere potest* (dit Celse).

En Allemagne, la blépharoplastie a été pratiquée plus tôt qu'en France. En 1816, Graefe y avait déjà eu recours, et on en trouve un exemple exposé dans son ouvrage sur l'art de restaurer les nez. On lit dans le *Journal d'Hufeland*, qu'un chirurgien, Dzondi, s'en occupa peu de temps après Graefe.

Mais on avait fait fort peu d'attention à ces observations, et elles étaient, pour ainsi dire, demeurées inaperçues, lorsque Fricke s'en occupa en 1829, et publia un ouvrage à ce sujet. Environ dans le même temps, M. Jüngken fit connaître au monde médical deux cas d'insuccès.

Ces travaux éveillèrent l'attention, et depuis la blépharoplastie a figuré dans beaucoup d'ouvrages de chirurgie. C'est ainsi qu'il en fut question dans les ouvrages de Langenbeck, de Rust, de Blasins et presque au même moment parurent sur le même sujet des dissertations de MM. Dregers, Stomb et Peters.

Dieffenbach et Ammon à-peu-près dans le même temps, faisaient diverses applications de l'autoplastie à la réparation des paupières.

En France, ce n'est qu'après 1830 que l'on commença à s'occuper de la blépharoplastie. Un des premiers je réparai des paupières, et en 1835, je publiai dans la *Gazette médicale* une observation qui parut offrir assez d'intérêt pour qu'elle fût discutée publiquement dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine pour une chaire de pathologie externe. Elle surprit un peu M. Sanson et quelques argumentateurs. Ils furent frappés principalement des mouvemens que cette nouvelle paupière avait conservés. M. Blandin fit connaître dans le *Journal hebdomadaire* une réparation de la paupière supérieure, et M. Carron du Villards en fit mention dans son *Guide pratique des maladies des yeux*. Enfin, dans une thèse soutenue en 1837, il est question de cette opération faite par M. Robert; M. Velpeau en fait aussi mention dans le *Dictionnaire de médecine*.

Tous les procédés à l'aide desquels on a pratiqué la restauration des paupières, découlent de la méthode indienne, de la méthode française, et aucun n'appartient à la méthode par transplantation.

§ IV. — Procédés.

Exposons le plus succinctement possible, les procédés principaux dont on s'est servi pour réparer les paupières partiellement détruites ou désorganisées complètement.

Procédé de Fricke.

Ce procédé est emprunté à la méthode indienne. On s'en sert pour réparer des pertes de substance, ou pour prévenir la formation de nouvelles brides après les avoir enlevées.

Pour la paupière supérieure, on emprunte le lambeau à la tempe, et on le retire de la pommette pour la paupière inférieure. Le lambeau disséqué d'arrière en avant, laisse son pédicule attaché dans le voisinage de la paupière. Bientôt on lui fait éprouver un mouvement de torsion en vertu duquel le bord supérieur devient inférieur, et l'inférieur, supérieur. C'est à l'aide des points de suture que l'on maintient le lambeau en place. Je dirai plus loin en quoi le procédé qui m'est propre diffère de celui de Fricke.

Ce procédé, suivant nous, a été à tort critiqué et d'une manière injuste par M. Serre de Montpellier qui veut trop généraliser la méthode française aux dépens d'autres méthodes qui ont bien leur degré d'utilité et de nécessité.

Procédé de M. Jones.

Ce procédé est d'une grande simplicité et paraît avoir été mis à exécution par son auteur. Il consiste

1° Dans deux incisions qui commencent aux deux extrémités de la paupière malade et que l'on réunit à angle aigu, de manière à leur donner la forme d'un V plus ou moins allongé, au front ou à la pommette.

2° Dans une dissection du lambeau, pratiquée de

la pointe vers la base, et cela dans l'étendue de la moitié de sa longueur.

3° Dans le tiraillement du bord libre de la paupière elle-même, et c'est alors que le lambeau, par une sorte de déplacement vient constituer le nouveau voile mobile. A mesure qu'il chemine, on réunit par la suture la plaie qu'il laisse par son refoulement vers la paupière qui se trouve ainsi reformée et allongée. Ce lambeau qui tient aux parties sous-jacentes et qui n'a éprouvé aucun mouvement de torsion est facilement maintenu en place par quelques points de suture.

Procédé de Dieffenbach.

M. Dieffenbach commence par enlever les cicatrices; il taille un lambeau ensuite aux dépens des téguments de l'un des côtés de la nouvelle plaie.

Ce procédé ressort de la grande méthode par déplacement. Pour bien le comprendre, il est important que l'on ait une idée complète du manuel opératoire.

Après avoir retranché les parties malades ou les cicatrices qui renversent ou déforment les paupières, on procède à la confection de la nouvelle paupière en empruntant un lambeau à la tempe ou à la pommette suivant que l'on répare les voiles mobiles supérieur ou inférieur.

1° Le lambeau est taillé aux dépens des téguments sur l'un des côtés de la plaie, en ayant soin de lui donner la forme d'un trapézoïde, ce que l'on obtient à l'aide de deux incisions ajoutées à celles qu'on est

forcé de pratiquer pour enlever les brides ou l'altération carcinomateuse.

Une incision horizontale qui commence à la commissure externe des paupières se continue donc vers la tempe.

2° Une seconde incision oblique, dirigée de haut en bas ou de bas en haut et de dedans en dehors, suivant que l'on répare l'une ou l'autre paupière, est ensuite pratiquée; elle doit être du double au moins de la première. Ces incisions constituent donc un trapèze ou un parallélogramme avec celles qui ont été faites pour enlever les brides.

3° Dans un troisième temps, la dissection se fait de bas en haut pour la paupière supérieure, et de haut en bas pour la paupière inférieure.

4° Il s'agit ici de faire glisser le lambeau à la place de la paupière enlevée et de le fixer par la suture aux deux points opposés de la perte de substance. C'est un véritable déplacement que l'on obtient alors en poussant le lambeau de dehors en dedans et cela sans torsion. Il reste une plaie à la place du lambeau et, par conséquent, on obtient une cicatrice par suppuration, ce qui est pour nous un grand inconvénient, en y en ajoutant un second et qui semble découler de celui-ci, je veux parler de la déformation de la nouvelle paupière par la rétraction inodulaire.

Tout en regardant ce procédé comme préférable à celui de M. Fricke, et se rapprochant de la méthode française, M. Serre ne la regarde pas moins comme

inférieure à la méthode française proprement dite. Ce chirurgien rapporte, en effet (1), une observation dans laquelle il est fait mention d'une blépharoplastie faite par la méthode française et qui n'a laissé à sa suite aucune difformité, car on apercevait à peine des cicatrices latérales.

A propos de la blépharoplastie, M. Serre reproduit un précepte qu'il regarde comme capital; ce précepte consiste à conserver la muqueuse palpébrale pour protéger la nouvelle paupière et pour s'opposer à sa déformation. C'est encore le précepte qu'il donne lorsqu'il s'agit de reproduire les lèvres, et c'est suivant lui pour ne pas avoir mis à profit cette idée que l'on n'a pas obtenu de résultats satisfaisants.

Sans nier l'importance d'une semblable innovation, je pense qu'on pourra rarement y avoir recours, parce que, presque toujours, tous les tissus sont malades et que rarement dans le cancer palpébral l'altération est superficielle; d'ailleurs, si la maladie est encore peu avancée les malades pas plus que les chirurgiens ne songent à recourir à l'autoplastie. Ce n'est donc que lorsqu'il s'agit de brides que la muqueuse palpébrale pourrait être conservée. On a pu voir par les observations que j'ai rapportées que, dans ce cas, je n'enlève pas la bride et que je l'incise seulement, pour mettre entre les lèvres de la plaie qui en résulte, un lambeau.

(1) *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face selon la méthode par déplacement, ou méthode française.* Montpellier, 1842, p. 404.

La chirurgie espagnole s'est aussi occupée de la réparation des paupières. Voici en peu de mots les modifications dont on lui est redevable.

M. Hysern y Molleras les a divisées en deux méthodes, qui pour moi ne sont que des procédés, et qu'il a désignées sous les noms de méthode temporo-faciale et de méthode naso-faciale. La première sert aussi bien à restaurer la paupière supérieure que l'inférieure, et la seconde est exclusivement destinée à réparer l'inférieure.

Ces procédés appartiennent à la méthode indienne ou par torsion, et, sous ce rapport, ne diffèrent que peu des procédés de MM. Dzondi, Jüngken et Fricke. M. Hysern y Molleras a beaucoup insisté sur la conservation dans l'épaisseur du lambeau des fibres musculaires (orbiculaire des paupières) et sur l'endroit où le lambeau devait être pris, et il regarde comme très utile de le déplacer d'un point où la cicatrice s'aperçoit difficilement. Nous verrons qu'il ne faut attacher qu'une médiocre importance à la conservation des fibres dans l'épaisseur du lambeau; mais bien à ce que celui-ci soit appliqué sur des restes musculaires respectés, lesquels doivent lui imprimer des mouvemens plus ou moins réguliers.

La torsion que le lambeau éprouve par ce procédé dans la réparation de la paupière supérieure, est si peu considérable qu'elle égale à peine un quart de cercle. La forme allongée de la plaie permet qu'on la réunisse immédiatement, ce qui est un immense avantage.

Pour la réparation de la paupière inférieure les avantages ne sont pas les mêmes, et il est certain que la méthode appelée naso-faciale, et dans laquelle M. Hysern taille son lambeau aux dépens du côté interne de la joue et de la face externe du nez, ne peut agir favorablement sur ces mouvemens, puisque les fibres du pyramidal et du transversal du nez n'ont pas une direction que l'on puisse utiliser pour mettre en jeu la paupière nouvelle.

M. Guillon de Cozes (Charente-Inférieure) a plusieurs fois réparé partiellement ou en totalité la paupière inférieure, et toujours en même temps il a fait sur la supérieure des réparations partielles. Il a eu recours à la méthode par déplacement et au procédé de M. Dieffenbach indiqué plus haut.

Ce chirurgien, dans deux articles publiés en 1842 dans le bulletin de thérapeutique, a rapporté deux observations intéressantes de réparation totale de la paupière inférieure et une réparation du sac lacrymal. Il insiste beaucoup sur l'importance de donner au lambeau la forme trapézoïde, et sur l'utilité de la suture entortillée qui lui semble préférable aux autres moyens d'union.

Je remarquerai en passant que M. Guillon a commis une erreur au sujet des faits qui m'appartiennent, en disant que je n'avais eu à réparer que des paupières incomplètement détruites.

La lecture des observations que j'ai rapportées démontre le contraire.

Enfin, contrairement à l'opinion de notre confrère, je pense que l'on doit conserver la plus petite partie saine de la paupière normale, afin de donner un soutien, un support à la paupière artificielle.

Il me reste à préciser les cas où la blépharoplastie convient et ceux où il faut enlever la bride ou la diviser seulement pour réparer alors la difformité par l'autoplastie; tout le monde en effet parle de détruire la bride et personne ne dit rien de son incision.

En discutant les avantages et les inconvéniens des procédés opératoires, nous devons nous demander si la même méthode et les procédés qui en découlent peuvent être exclusivement mis en usage. Je terminerai par l'exposition des changemens physiologiques qui ont lieu dans les lambeaux.

§ V. — *Des cas où la blépharoplastie convient.*

Quand un remède ou une opération sont introduits dans la pratique, on ne manque pas de les vanter à l'excès et l'abus suit de près l'usage légitime. C'est ce qui est arrivé pour la blépharoplastie.

Les altérations qui exigent l'extirpation partielle ou totale de la paupière, certains vices de conformation, les pertes de substance sont les causes les plus communes, les plus fréquentes et qui réclament impérieusement une réparation, la blépharoplastie.

Examinons, parmi certaines difformités, telles que l'ectropion et l'entropion, les circonstances où l'on serait obligé d'y recourir.

L'ectropion peut-il réclamer quelquefois le secours de l'autoplastie ? il est indispensable d'entrer à ce sujet dans quelques considérations pathologiques et thérapeutiques.

L'ectropion peut être produit par des causes différentes ; les unes agissent en boursoufflant la conjonctive, et ce boursoufflement palpébral finit par amener le renversement mécanique de la paupière en dehors.

Des ulcérations des angles des paupières, des cicatrisations isolées des commissures, peuvent être causes d'ectropion.

Il est certain, que ces deux catégories de causes ne réclament pas la blépharoplastie. Car il suffit dans le boursoufflement conjonctival de produire une déperdition de substance. Bordenave, Ledran et avant eux Marc-Aurèle Severin ont mis en usage avec succès ce procédé opératoire. Tous les chirurgiens qui sont venus depuis ont suivi les mêmes errements, et c'est ainsi qu'ont agi Richter, Pellier, Muller, Samuel Cooper et Weller. Ce dernier a modifié le procédé en faisant une sorte de résection du cartilage tarse en respectant l'arête externe du bord libre de la paupière. Toutefois comme le procédé peut être insuffisant, on a songé à faire une perte de substance au bord libre de la paupière à l'aide de deux incisions en V, réunies par la suture.

On attache de l'importance pour la réussite de ce procédé à l'incision de la conjonctive, afin, dit-on, de s'opposer à la déchirure.

Jusqu'ici l'autoplastie n'a joué aucun rôle dans la guérison de l'ectropion; mais voici un procédé proposé par M. Dieffenbach, qui a pour but d'effacer la difformité par le déplacement de la conjonctive.

1° Une incision transversale est pratiquée dans l'épaisseur de la paupière qui est le siège de l'ectropion.

2° La conjonctive palpébrale est saisie près du bord supérieur du cartilage tarse, est ensuite ramenée par la plaie, où elle est fixée, et où elle devient promptement adhérente.

Un fait rapporté par M. Serre de Montpellier prouve que cette opération ne réussit que momentanément. Le malade qui fut opéré par ce procédé portait une cicatrice scrofuleuse à la peau. D'abord l'opération parut efficace, mais au bout de six mois, on acquit la certitude que la difformité était revenue au même point. *A priori* on aurait pu se faire une idée du résultat en réfléchissant que la membrane muqueuse se relâche, s'allonge et cède bientôt à l'action inodulaire incessante.

Si l'ectropion est déterminé par une contracture musculaire, il peut être guéri suivant MM. Cunier et Phillips par la section du muscle. L'autoplastie est ici par conséquent inutile et contre-indiquée.

Mais il n'en est pas de même de l'ectropion produit par des brides: ces cas réclament au contraire les secours de l'autoplastie, et j'ajoute que la guérison n'est possible qu'à cette condition.

L'entropion par *cicatrice*, loin de réclamer l'auto-

plastie, exige que l'on fasse une perte de substance, que l'on produise à l'extérieur un travail inodulaire, afin d'établir en quelque sorte équilibre entre la rétraction morbide qui agit en dedans et la rétraction artificiellement provoquée à l'extérieur de la paupière. C'est ainsi que l'on combat le trichiasis, les cicatrices vicieuses de la conjonctive, le roulement du cartilage tarse, les brides mêmes scrofuleuses et vénériennes conjonctivales. Il en est de même de l'amaigrissement des vieillards qui amène une pareille déformation.

Celse, Paul d'Egine, Scarpa, Demours, Wardrop, etc., ont conseillé l'excision d'une portion de la peau tandis que A. Paré, Bromfield, Delpech et moi avons conseillé et employé avec succès le fer rouge. Au demeurant ces procédés en apparence si différens parviennent tous au même but par la formation d'un tissu inodulaire. Mais pour moi qui ai essayé les uns et les autres, je préfère le fer rouge, parce qu'il ne laisse à sa suite presque aucune trace de son application tout en agissant d'une manière sûre et constante; j'ai vu au contraire des cicatrices plus ou moins difformes être la suite de l'excision de la peau. D'ailleurs l'action du fer rouge est instantanée; c'est-à-dire que le redressement s'opère de suite et se maintient jusqu'à la fin de la guérison et les choses sont loin de se passer ainsi lorsqu'on fait usage de l'instrument tranchant.

Quelle est maintenant la valeur que l'on peut accorder à chacune des méthodes autoplastiques et à chaque

mode en particulier employés pour la réparation des paupières ?

Je crois pouvoir me prononcer sur la valeur des méthodes d'après mon expérience propre, parce que j'ai été à même de les expérimenter toutes, à l'exception de la méthode italienne.

Les méthodes indienne et française ont été employées par moi plusieurs fois, et le premier en France, j'ai pratiqué la blépharoplastie par la méthode indienne. Ainsi, c'est l'observation seule qui m'a dicté les opinions que je professe.

J'examine d'abord la méthode française, à laquelle on a prodigué des éloges auxquels les faits me défendent de m'associer ici, sans que je m'associe davantage à quelques reproches très exagérés.

Cette méthode a été souvent employée soit dans les difformités, soit dans des cas d'absence de paupières.

Quant au manuel, l'opération n'est pas aussi simple qu'on l'a prétendu. Il est certain que la dissection n'est pas toujours facile et même sans inconvéniens, si on réfléchit qu'on est obligé de prendre le lambeau dans le voisinage de la difformité et, sous ce rapport, on est quelquefois obligé d'attaquer des tissus que l'on voudrait ménager. D'ailleurs le lambeau que l'on crée peut avoir la forme quadrilatère, et pour réparer avec lui la difformité, on est obligé de disséquer une bien plus grande étendue de parties, afin de réparer le vice de conformation par le simple dépla-

cement des tissus. On doit se rappeler que si on fait un lambeau trapézoïde formé sur les côtés de la plaie, on est obligé pour le déplacer de mettre une surface saignante assez étendue à découvert, et qu'il est impossible de combler souvent par la réunion immédiate, par la suture. C'est ce qui arrive par le procédé de Jones et principalement de M. Dieffenbach et de notre compatriote Guillon. Je sais qu'il en est autrement lorsque la nouvelle paupière est quadrilatère et que le lambeau est pris au-dessous d'elle; car, alors, le lambeau, tout en réparant la paupière, recouvre la plaie qui est la suite de la dissection qu'on a été forcé de faire pour confectionner la pièce de rapport. Voilà pour l'opération, voyons maintenant quant au résultat: eh bien! dans la blépharoplastie par déplacement, quel que soit le procédé qu'on emploie, il y a toujours consécutivement déformation de la nouvelle paupière, par suite d'une rétraction inévitable qui a lieu dans le lambeau, d'autres fois dans ce lambeau lui-même et dans la plaie qui suppure. Je ne puis guère partager la manière de voir de M. Serre, qui dit que la forme triangulaire tend à s'opposer à la déformation; je veux bien qu'il en puisse être ainsi dans de certaines limites, et que la rétraction soit un peu moindre lorsque le lambeau offre de l'obliquité; mais il est certain que la rétraction est constante et qu'il ne peut y avoir de contestation que sur le plus ou le moins. La conservation de la muqueuse palpébrale, pour recouvrir la nouvelle paupière d'après les vues

de M. Serre (dans les cas rares où la chose serait possible), n'empêcherait pas même ce grave inconvénient, auquel la section seule du pédicule nous semble pouvoir remédier.

Quoi qu'on en dise, la méthode française à un seul lambeau laisse toujours après elle une déformation plus ou moins considérable du nez, des joues et des parties environnantes, des rides, des plis, des cicatrices plus ou moins épaisses; un érailement et un renversement plus ou moins grand de la nouvelle paupière, s'observent à des degrés variables. Toutefois la méthode française peut être quelquefois indispensable, lorsqu'il s'agit de réparer une petite perte de substance ou d'en réparer une considérable qui porte à-la-fois sur une triple localité, c'est-à-dire sur les deux paupières et le sac lacrymal à-la-fois. Dans le courant de notre article *blépharoplastie*, on a lu une observation dans laquelle il est mentionné d'une restauration du sac lacrymal, du tiers interne de la paupière inférieure et d'une petite portion de la supérieure. On a pu voir qu'un cancer récidivé avait nécessité l'ablation de ces parties qui ont été parfaitement réparées avec un seul lambeau pris aux dépens des parties molles des régions naso-labiale et jugale. Dans cette observation, il est fait mention enfin de la section du lambeau en deux parties inégales, dont l'une supérieure, plus petite, a comblé l'espace qui, sans elle, aurait existé à la paupière supérieure, et dont l'autre, plus grande, a réparé la paupière infé-

rière et le sac lacrymal. Il n'existe aucune difformité pour la paupière supérieure, le lambeau ayant été divisé, mais il existe un tiraillement et un peu de renversement à la paupière inférieure. Quoique le point et le conduit lacrymal inférieurs aient été enlevés, il n'existe pas d'épiphora, tant il est vrai qu'il suffit d'un conduit pour diriger les larmes.

La méthode indienne a bien ses inconvénients, mais elle a aussi ses avantages que les partisans outrés de la méthode française lui ont à tort contestés.

Souvent elle est la seule que l'on puisse employer; en outre, lorsqu'elle est bien faite, lorsque l'on n'a pas donné au lambeau des dimensions trop grandes ou trop petites, il est certain que l'on peut obtenir par elle de beaux résultats. C'est ainsi que par cette méthode, j'ai pu reproduire des paupières nouvelles imitant parfaitement les paupières normales dont on aurait enlevé le bord libre ou ciliaire.

Mais, pour que ce lambeau remplisse l'office de paupière, il faut qu'il soit pris dans un endroit où la peau offre une certaine vascularité, qu'elle soit doublée par un tissu cellulaire, lâche, filamenteux, et que le sujet ne soit pas trop chargé de graisse. Les tégumens de la pommette et des tempes conviennent surtout pour ce genre de réparation.

Le lambeau doit être taillé de telle sorte que le pédicule soit voisin de la commissure externe des paupières, afin qu'il puisse servir après sa section pour former la commissure.

On a beaucoup critiqué la torsion du lambeau que l'on a regardé comme une cause de gangrène, mais on peut toujours éviter cet accident en donnant à l'une des incisions une obliquité telle qu'il puisse se rouler sur lui-même en demi-cercle, de manière à ce que la circulation ne soit pas gênée.

J'insiste sur l'importance de la section du pédicule, lorsque le lambeau s'est fixé à son nouveau domicile, parce que en agissant ainsi on prévient toute difformité causée par la saillie du pédicule, et on répare à merveille le côté externe des paupières, soit en profitant des bourgeons et par seconde intention par conséquent, soit en ravivant les parties.

Le pédicule étant coupé, tout tiraillement cesse d'être exercé sur la nouvelle paupière, et c'est à peine si l'on observe une faible inclinaison dans un sens ou dans un autre quand les deux extrémités opposées du lambeau ont été convenablement fixées. La section du pédicule dans la blépharoplastie est donc suivant nous très importante.

Enfin j'insiste encore pour qu'on abandonne la suture entortillée et qu'on se serve seulement de la suture entrecoupée.

Avec ces précautions on crée par la méthode indienne une paupière comme l'on veut et avec une régularité parfaite. On peut réunir immédiatement la plaie du lieu où le lambeau a été pris par la suture entortillée et avec ou sans décollement des lèvres, suivant que la coaptation se fait facilement ou avec

difficulté. C'est ce que l'on peut obtenir par le procédé de M. Dieffenbach.

J'ai dit les avantages, voyons les inconvénients.

Lorsque le lambeau est très gras, il peut offrir une certaine difformité que l'on rencontre au reste dans toutes les espèces de blépharoplastie.

Chez la nommée Hubert cette particularité s'est présentée et cependant la difformité n'était pas choquante, lorsque j'ai été forcé d'enlever l'œil, de réparer le sac lacrymal, etc., et d'enlever le côté externe de la paupière elle-même qui représentait un pont par suite de la conservation du pédicule.

Au reste, le but principal est ici pour le chirurgien de s'opposer à l'écoulement involontaire des larmes sur la joue, de prévenir le contact incessamment douloureux de la lumière, de la chaleur, de l'air, qui sont autant de causes d'ophthalmies chroniques, d'ulcérations, de ptérygion, de taies, d'opacité de la cornée, de douleurs vives dans le globe de l'œil, etc. Or, j'ai vu tous les accidens disparaître pour la plupart du moins par la blépharoplastie, et c'est la méthode indienne qui m'a rendu sous ce rapport les services les plus signalés.

J'en ai assez dit pour démontrer toute l'utilité et toute l'importance de la blépharoplastie, et prouver que l'on ne doit pas adopter exclusivement telle méthode plutôt que telle autre, mais recourir tantôt à la méthode française, tantôt à la méthode indienne; dans d'autres cas enfin à mon procédé autoplastique,

à la méthode française et même au procédé de Jones et de Dieffenbach.

Je terminerai ce qui a rapport à l'appréciation de l'autoplastie palpébrale en citant un passage de M. Velpeau, dont quelques idées sont assez conformes aux miennes; mais les critiques qui s'y trouvent me paraissent un peu sévères et ne sont pas toujours en rapport avec les résultats de l'observation.

« Il ne faudrait pas, dit M. Velpeau, se faire illusion sur les services que peut rendre la blépharoplastie : de quelque manière que l'on s'y prenne, la paupière la mieux reconstruite manque rarement de se déformer de nouveau. Tantôt le lambeau d'emprunt se resserre tellement, qu'il revêt la forme d'une petite tumeur, d'une bosselure plus ou moins inégale; tantôt il finit par reproduire l'ectropion, ou par tirer dans un sens ou dans l'autre la paupière restaurée, à la manière d'une bride inodulaire. D'un autre côté, il y aurait de la folie à croire qu'un lambeau purement tégumentaire remplacera jamais une paupière dont le muscle orbiculaire ou le cartilage tarse ont été détruits. On conçoit aussi que les cils ne peuvent point être produits par ce genre d'opération.

« Il résulte de là, que, pour tous les cas où la déformation des paupières tient uniquement à une maladie de la peau, la blépharoplastie, méthodiquement conduite, offre un remède véritablement précieux; que même en l'absence du muscle orbicu-

« culaire, elle peut être d'un grand secours, en
 « supposant que les cils et les cartilages tarses aient
 « été conservés. Si la destruction était plus profonde,
 « la blépharoplastie ne serait point encore à rejeter,
 « attendu qu'elle permettrait de fournir à l'œil un
 « voile protecteur contre l'action de l'atmosphère et
 « les inflammations ou la fonte de la cornée; mais on
 « aurait tort, dans ce cas, de compter sur de véri-
 « tables paupières, de promettre au malade qu'on le
 « débarrassera complètement de sa difformité. »

Des observations que j'ai rapportées font voir que j'ai eu garde d'extirper les brides, comme on en a donné le précepte. Au contraire, j'ai toujours réussi à détruire les difformités palpébrales déterminées par cette cause, par l'incision de la bride et l'application d'un lambeau entre les lèvres de l'incision.

Par ce procédé je suis toujours venu à bout de donner à la bride la souplesse des tissus environnans, et contrairement à l'opinion de certains auteurs, j'ai toujours vu la résistance inodulaire disparaître.

Je vais en citer encore un exemple :

16° Observation (*Ectropion de la paupière supérieure. — Bourrelet de la conjonctive. — Cicatrice vicieuse suite d'une brûlure. — Blépharoplastie. — Guérison*). — La nommée ***, âgée de 21 ans, entra dans mon service, le 25 juin 1844, pour être opérée d'un

(1) *Médecine opératoire*, 2^e édition, Paris, 1839, t. 1^{er}, p. 658.

ectropion de la paupière supérieure gauche. Cette difformité, résultant de cicatrices vicieuses, consécutives à une brûlure, laissait l'œil à découvert. Le bord ciliaire de la paupière, ramené en haut, formait un angle dont le sommet était fixé à l'arcade sourcilière; au-dessous existait un bourrelet formé par la conjonctive enflammée.

J'excisai ce bourrelet, et la bride qui unissait le bord palpébral à l'arcade sourcilière fut ensuite incisée. Cela fait, je taillai un lambeau sur la région temporale, et je le fixai entre les deux lèvres de la division. Les paupières et la joue se tuméfièrent, et sa cicatrisation se fit par première intention.

Dix jours après l'opération (le 12 juillet), les prodromes d'une fièvre éruptive se déclarèrent et furent suivis d'une éruption variolique confluyente.

J'observai alors ce fait remarquable que des boutons mal développés n'apparurent sur le lambeau que le 20 juillet, après que tout le reste du corps en était couvert. Le 21, la cicatrice qui unissait le lambeau aux parties voisines était détruite, un sillon en suppuration se forma autour de ce dernier qui ne se détacha pas entièrement.

Alors la sensibilité était intacte dans le pédicule, plus obscure dans le reste du lambeau.

Le 1^{er} août, les croûtes commencèrent à tomber.

Le 6, le sillon qui entourait le lambeau était presque comblé et de nouveau en voie de cicatrisation.

Le 9, la nutrition du lambeau paraissant assurée, je coupai le pédicule.

La portion restée adhérente aux tégumens de la tempe conserva toute sa sensibilité, soit qu'on la touchât avec le nitrate d'argent, soit qu'on la piquât. Le lambeau pâlit, sembla se flétrir, et devint insensible au contact du caustique et aux piqûres d'une épingle. Toutefois, si j'appuyais fortement, la malade déclarait sentir non pas une piqûre, mais une pression légère, phénomène que je n'attribuai pas à la sensibilité du lambeau lui-même, mais à la sensation perçue par les parties sous-jacentes. Renouvelées les jours suivans, les mêmes expériences donnèrent des résultats semblables.

Enfin, les premiers jours de septembre, la sensibilité reparut dans le lambeau, et en même temps il reprit toute sa vascularité. Lorsque le malade sortit, il jouissait d'une sensibilité égale à celle des parties voisines (¹).

§ VI. — *Changemens physiologiques dans les lambeaux autoplastiques.*

Les observations qui précèdent démontrent que les autoplasties faciales, quelque simples qu'elles paraissent, sont accompagnées assez souvent d'accidens, d'érysipèle, qui plus d'une fois ont menacé la vie des opérés, soit que tout d'un coup ils aient déterminé

(¹) M. le professeur Blandin a plusieurs fois réussi à réparer des déformations des paupières par des brides, en enlevant celles-ci et en mettant à leur place un lambeau pris à la tempe. Nous avons vu des malades opérés ainsi par la méthode indienne, parfaitement guéris.

des symptômes cérébraux, ou qu'après avoir cessé, ils aient de nouveau récidivé comme je l'ai observé différentes fois. Cependant, malgré ces accidens, je ne conseille pas moins de procéder le plutôt possible à l'autoplastie palpébrale pour prévenir les altérations secondaires que l'absence de la paupière entraîne inévitablement, et combattre la difformité qui va toujours en s'accroissant. Autant que je l'ai pu, j'ai recherché la cause de ces érysipèles, qui se développent autour du lambeau, et j'ai cru que le plus ordinairement ils étaient dus à des courans d'air, à des variations atmosphériques qui, dans nos hôpitaux, amènent plus particulièrement le développement de cette complication; et il nous a cependant été prouvé que l'excès d'irritation, que l'engorgement du lambeau et des tissus sur lesquels il était appliqué suffisait pour le provoquer, à l'instar des mèches à séton maintenues dans des ouvertures que l'on pratique sur les tempes, comme dérivatives de certaines ophthalmies.

On ne peut donc trop entourer son malade de précautions hygiéniques, afin de se mettre en garde contre les graves accidens, qui du reste n'ont jamais entraîné chez mes opérés ni le décollement du lambeau ni surtout la mort. Il a toujours suffi de quelques dérivatifs sur le canal intestinal, de quelques évacuations sanguines et de l'application sur le mal de compresses trempées dans l'eau de sureau, pour se rendre maître de ces affections.

Dans ces observations déjà mises sous les yeux du lecteur, on a pu remarquer que les affections gangréneuses, qui donnent lieu à la perte totale ou partielle d'une paupière, peuvent aussi bien atteindre la supérieure que l'inférieure ainsi que, du reste, je l'ai observé pour la syphilis constitutionnelle.

Mais les altérations cancéreuses de la paupière inférieure m'ont paru plus fréquentes et ont exigé plus souvent l'ablation de ce voile mobile. Jamais je n'ai extirpé la paupière supérieure pour une lésion de ce genre, tandis que six fois j'ai réparé la paupière inférieure cancéreuse.

Ce qui doit encore encourager à recourir à la blépharoplastie pour protéger le globe de l'œil, ce sont les effets presque instantanés remarquables qui suivent cette opération bien pratiquée, la disparition de la conjonctivite, des taches et des nuages de la cornée, du larmolement et de l'excès de sensibilité de l'organe visuel.

Il est un phénomène digne d'être noté que j'ai encore constamment observé dans la paupière artificielle. C'est une espèce de mouvement que les uns ont attribué à une portion du muscle contenu dans le lambeau, et que je regarde au contraire comme étant communiqué par des restes du muscle orbiculaire des paupières. Je suis convaincu que ce mouvement n'existera plus si la nouvelle paupière avait été implantée sur des tissus dépourvus de fibres musculaires.

Il est à noter que parfois, et plus ici que dans les autres parties du corps, la vitalité du lambeau prend un si haut degré de développement que je me suis vu obligé de le réprimer par l'ébarbement. Il semblerait que la peau et les tissus sous-jacents ont puisé une nouvelle sève dans leur nouveau domicile.

Aussi la sensibilité ne demeure pas éteinte dans la peau comme je l'avais cru d'abord, même après la section du pédicule. Il est évident que, jusqu'au moment de la cicatrisation et de la fusion des deux surfaces saignantes, elle est toujours peu marquée, mais à dater du moment où la circulation se trouve établie dans la région restaurée, la sensibilité est de plus en plus manifeste, à la section du pédicule elle semble cesser pour reparaitre bientôt après.

S'établit-il une nouvelle circulation nerveuse, ou bien les nerfs du lambeau viennent-ils communiquer avec ceux de la perte de substance, ou bien encore s'établit-il une sorte d'atmosphère nerveuse ou de courants électriques? J'ai traité déjà plus haut ces questions d'une manière générale et exposé les raisons pour lesquelles je suis disposé à admettre cette dernière manière de voir.

§ VII. — Autoplastie du sac lacrymal.

Les altérations qui peuvent réclamer la réparation du sac lacrymal sont presque toujours des lésions organiques, des cancers récidivés. Sur plusieurs malades, en effet, j'ai observé des cancers du sac lacry-

mal développés après l'extirpation de la paupière inférieure cancéreuse. Je n'ai jamais vu de cancers primitifs dans la région du sac lacrymal. Cependant des pertes de substances traumatiques, des fistules qui ont livré passage à du pus pendant long-temps, des pertes de substances produites par des ulcérations de diverse nature débutant par l'intérieur ou l'extérieur du sac, peuvent réclamer sa réparation au moyen d'un lambeau emprunté aux parties environnantes. On peut être appelé à refaire seulement les tégumens du sac ou à reconstruire une partie de ses parois dans toute leur épaisseur. M. Velpeau regarde les cas où l'on pourrait être forcé d'avoir recours à l'autoplastie comme fort rares. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Quelques chirurgiens ont eu recours à « l'autoplastie pour certains cas de fistule lacrymale. « On conçoit, en effet, que les tégumens du voisinage « décollés par l'un des procédés de la blépharoplastie, « pourraient à la rigueur être placés et fixés sur le « grand angle de l'œil, soit à l'aide de bandelettes « ou des bandages appropriés, soit au moyen de la « suture. Mais je ne crois pas que l'anaplastie puisse « être ici d'une grande valeur ; l'ouverture cutanée « n'est en pareil cas que l'ombre de la maladie. Je « ne vois par conséquent aucune raison de s'adresser « à ce mode opératoire, lorsqu'on veut faire disparaître une fistule lacrymale. Pour qu'il fût indiqué, « il faudrait que la gangrène, une ulcération ou quelques blessures eussent produit une déperdition de

« substance dans laquelle le devant du sac lacrymal
 « se trouverait compris. Reste à savoir si de pareilles
 « conditions viendront à se présenter dans la pra-
 « tique. »

L'expérience m'a fourni l'occasion d'observer des altérations qui exigeaient une opération autoplastique, et en cela, j'ai été plus heureux que le professeur de la Charité.

En 1820, Delpech songea à réparer une perte de substance considérable affectant le sac lacrymal et le canal nasal, et qui par conséquent portait aussi bien sur les parties molles que sur les os. Il proposa d'employer la méthode indienne et de tailler un lambeau aux dépens de la peau du front pour réparer la difformité que l'on regardait comme congéniale.

Voici le passage qui a rapport à ce fait : « Quant
 « aux parties supérieures, leur aspect donnait l'idée
 « du sac lacrymal et du canal nasal ouverts dans toute
 « leur étendue, par l'effet d'une perte de substance qui
 « aurait intéressé ces parties, les os qui les entourent
 « et la paupière inférieure. Cet état paraissait avoir
 « quelque analogie avec celui dans lequel on trouve
 « la région pubienne et la vessie, dans quelques cas
 « de difformité congéniale où les os pubis et la paroi
 « antérieure de la vessie manquent et mettent à dé-
 « couvert la paroi postérieure et le bas-fond de cet
 « organe légèrement renversés en devant. »

On comprend difficilement les reproches violens adressés par M. Serre à cette opération, à moins de

les expliquer par un engouement exclusif pour la méthode française.

Ce dernier auteur a emprunté une observation à M. Burggraeve, et l'a publiée à la page 426 de son ouvrage, à propos des réparations du sac lacrymal. On ne peut qu'être surpris de voir cette observation, certainement intéressante, exposée au chapitre ix qui a trait à la restauration du sac lacrymal, puisque dans le titre il est question d'une dilacération complète du visage à la suite d'un éclat de mitraille, d'une restauration du nez, des lèvres et des joues au moyen de la méthode française. Il est vrai que M. Serre avait plutôt le désir de rapporter ici un fait qui avait rapport aux réparations de la face par la méthode française, que de rendre compte d'un fait qui avait pour but la description d'une lésion du sac lacrymal.

Quoi qu'il en soit, on peut réparer le sac lacrymal par la méthode indienne et principalement par la méthode française qui sera plus applicable à ce vice de conformation que la méthode par torsion.

C'est toujours à l'aide de la méthode par déplacement que j'ai réparé les pertes de substance du sac lacrymal; jamais je n'ai eu besoin de recourir à la méthode indienne.

Procédé opératoire.

Tantôt je me suis servi de la peau de la joue et de la lèvre supérieure pour réparer la difformité, tantôt j'ai fait usage des tégumens du côté correspondant

du nez, de son dos, de sa racine et du commencement du front.

Dans le premier cas, on taille un lambeau triangulaire dont la base est supérieure et le sommet jugo-labial. La dissection se fait de haut en bas, et le lambeau est poussé de bas en haut et maintenu en place par des points de suture entrecoupée.

Dans le second, il suffit de décoller la peau du côté du dos et de la racine du nez pour la forcer à descendre en convergeant de ces différents points vers le grand angle de l'œil et le sac qu'elle doit servir à recouvrir. Si par cette dissection on n'obtient pas un lambeau assez étendu, on peut, en promenant le bistouri sur le côté opposé du nez, obtenir la longueur et la largeur qui lui sont nécessaires.

Je me suis servi de ces procédés opératoires avec un succès complet.

Je rappellerai que sur la nommée Hubert, la peau qui servait à réparer le grand angle de l'œil et le sac lacrymal était prise aux dépens de la face dorsale, de la racine du nez, et de la face opposée. Il suffit de tirer sur cette membrane pour la porter en dedans et réparer la perte de substance. L'autoplastie a ici complètement réussi, et il y a eu pour toute difformité une cicatrice plissée et rayonnée dans différents sens; c'est-à-dire que les plis se dirigeaient de bas en haut, transversalement du dos du nez vers le sac, et de la racine vers le réservoir des larmes.

Sans avoir recours à des déplacements étendus et

en empruntant le lambeau à différens sièges, on peut, à l'aide d'un seul lambeau disséqué dans l'épaisseur de la joue et de la lèvre, et tout en faisant une paupière, réparer le sac lacrymal. Je n'ai pu de même aussi aisément avec un seul lambeau combler la perte de substance faite aux deux paupières, et réparer en même temps le sac lacrymal par un seul emprunt fait à la joue et à la lèvre.

§ VIII. — Réparation de la cornée, ou kératoplastie.

La réparation autoplastique de la cornée a fait beaucoup plus de bruit qu'elle ne le mérite, et bien que l'on ait cité des faits qui semblent faire penser que l'autoplastie pourra rendre des services dans le cas où la cornée a perdu sa transparence, on ne peut encore y ajouter une très grande confiance.

Dans ces derniers temps où l'on s'est beaucoup occupé des maladies de l'œil, les chirurgiens en voyant la cornée devenue opaque, ont eu la pensée hardie de la remplacer par une vitre nouvelle. Il restait à trouver un procédé opératoire qui ne fût pas trop dangereux et cependant sûr dans ses résultats. Il est inutile de dire qu'on ne peut songer à une pareille opération que dans le cas où la cornée seule est opaque, les humeurs ayant conservé leur transparence. Sans cela on aurait beau remettre une membrane transparente à la place d'une membrane opaque, si les humeurs n'étaient pas saines, on n'aurait fait qu'une opération douloureuse et sans résultat avan-

tageux pour le malade. Or, il est impossible de dire l'état des humeurs et des membranes placées derrière la cornée opaque; il est bien rare, en effet, qu'une opacité complète de cette membrane ne soit pas compliquée d'une lésion profonde des membranes ou des humeurs, et à priori on peut dire que l'opération serait presque toujours contre-indiquée.

Mais, enfin, en supposant qu'il en soit autrement et que le malade veuille tenter l'opération; celle-ci, soit qu'on veuille pratiquer l'extirpation partielle de la cornée, ou l'extirpation complète, est toujours très difficile. On a à craindre de vider l'œil, de l'exposer à une vive inflammation partielle ou totale, qui, aggravant l'opération, rendrait la position du malade plus pénible et mettrait sa vie en péril.

En 1823, M. Moësner fit l'essai de cette opération, et MM. Reisinger et Drolshagen la tentèrent aussi; le premier en 1824 et le second en 1834. Ce ne fut que plus tard que Himly, Bigger et Hilling s'occupèrent du même sujet et firent des expériences sur les animaux, qui semblèrent faire croire à la possibilité de cette autoplastie par transplantation ou par greffe.

Deux procédés ont été mis en usage pour réparer la perte de substance : dans l'un on extirpe la cornée et on la remplace par une membrane de même nature prise sur le veau ou le mouton. On maintient le tout à l'aide de points de suture. Un oculiste français, Pellier de Quengsy, paraît avoir eu le premier l'idée de

pratiquer cette autoplastie par transplantation (1).

Quant au second mode opératoire que M. Dieffenbach dit avoir employé avec succès, il consiste : « à
« passer au moyen d'une aiguille fine, trois fils à
« travers la cornée sur les côtés du leucoma; circon-
« scrivant ensuite la tache par deux incisions, on
« l'enlève dans une ellipse de la membrane, dont on
« ferme ensuite immédiatement la plaie en nouant
« les fils préalablement passés à travers toute son épais-
« seur. » M. Velpeau ajoute que M. Dieffenbach lui a dit
avoir mis en pratique avec succès ce procédé chez une
jeune fille. Ce dernier mode opératoire, relatif au pas-
sage des fils, quoique difficile à pratiquer, peut ce-
pendant être exécuté; mais quant au rapprochement
des lèvres de la plaie et à leur froncement, il est beau-
coup plus douteux qu'on puisse en venir à bout, la
cornée devant se déchirer et céder aux tractions qu'on
est forcé de lui faire éprouver en tirant sur les fils.
D'ailleurs, ce procédé ne rentre en aucune manière
dans les procédés autoplastiques. On ne déplace et
on n'emprunte de lambeau à aucune partie; mais on
rapproche seulement les lèvres de la plaie, et voilà tout.

Quant à l'autoplastie par transplantation, sans la
repousser et en admettant même qu'elle puisse réussir
d'une manière exceptionnelle, je suis peu disposé à
croire que l'on ait encore réussi dans son application.

Pourquoi la cornée prise sur un autre animal n'ad-

(1) *Cours d'opérations sur la chirurgie des yeux*. 1789, t. 1^{er}, p. 94.

(2) Velpeau, *Médecine opératoire*. Paris, 1839, t. 1^{er}, p. 660.

hériterait-elle pas lorsqu'il y a un certain degré de vitalité sur la surface nouvelle où on l'implante?

CHAPITRE III.

RÉPARATION DU NEZ OU RHINOPLASTIE.

On a vu que depuis long-temps l'art de refaire des nez était en usage dans l'Orient, lorsque au milieu du xv^e siècle il commença à être pratiqué en Sicile. Il n'existait alors aucune règle, et ce n'est que plus tard qu'on a établi pour ces réparations des procédés réguliers. Au xvi^e siècle, Tagliacozzi donna par ses succès une importance nouvelle à ces réparations.

Causes. — Les causes qui peuvent désorganiser les nez et produire des pertes de substance sont constitutionnelles, spécifiques, ou appartiennent à la grande classe des lésions mécaniques.

Le cancer peut détruire le nez, partiellement ou en totalité, et dans ces cas, le chirurgien est appelé à en faire l'ablation ou à le détruire par les caustiques. Il résulte de là une perte de substance, que l'on peut réparer par l'autoplastie.

La syphilis constitutionnelle peut porter son influence destructive sur le nez, qui peut être rongé de l'intérieur vers l'extérieur, ou de la peau vers la muqueuse. Dans le premier cas, la charpente étant détruite, le nez se déforme et rend la physionomie hideuse. Le dos du nez disparaît, s'affaisse, et les indivi-

du deviennent méconnaissables. Il peut encore se former une échancrure, une fente, une fissure, un trou, une large ouverture sous l'influence de la même cause.

Les dartres sont des causes fréquentes de désorganisation nasale, et bien souvent elles mettent le chirurgien dans l'impossibilité de réparer la difformité, à cause de la difficulté où l'on se trouve de les arrêter dans leur marche, et d'en détruire la cause primitive. Toujours est-il que les dartres que l'on appelle rongeantes (*lupus vorax*), débutent tantôt par la peau, ce qui est plus ordinaire, et tantôt par les fosses nasales, ce qui est plus rare.

Des accidents divers réclament le secours de l'autoplastie, lorsque le nez lésé ou enlevé n'a pu être restitué. Dans des combats corps à corps, on voit des hommes pousser la cruauté au point d'enlever avec les dents le nez à leur adversaire.

Dans des combats singuliers on voit le nez de l'un des adversaires tomber sous le coup d'une arme tranchante. Cet accident est fréquent en Allemagne, où les combats au sabre sont très communs.

Dans divers pays comme dans l'Inde, certains crimes étaient punis par l'ablation du nez.

Ainsi le nez peut être détruit de diverses manières et sa destruction peut être partielle ou totale. L'on peut en conclure que la rhinoplastie peut avoir à réparer seulement une portion du nez, ou à refaire tout cet organe.

Trois méthodes ont été conseillées pour ces opéra-

tions. La méthode indienne, la méthode italienne, la méthode française, et toutes trois ont été mises en pratique. Elles n'ont pas la même valeur, mais on ne peut pas faire toujours l'application d'une seule. Ce sont les circonstances et la gravité de la lésion qui indiquent la méthode à laquelle on doit avoir recours. Aussi les principes exclusifs que des chirurgiens renommés ont émis ne me paraissent pas admissibles, et se trouvent, à mon avis, en dehors de la vérité.

§ 1^{er}. — *Méthode indienne.*

Cette méthode comprend plusieurs procédés qui seront successivement exposés.

Procédé des Koomas.

Nous ne reviendrons pas ici sur la méthode indienne, dont nous avons fait plus haut la description d'une manière générale, et nous ne dirons que ce qui a rapport au procédé nasal tel qu'il a été décrit anciennement.

Ce procédé porte encore le nom de procédé des Koomas. Avant tout, on prend la mesure des parties qui doivent être restaurées, et pour cela, on se sert de cire que l'on étale, ou de papier que l'on découpe. Cela étant fait, on applique le patron sur la peau du front, et, on en circonscrit toute la circonférence avec une matière colorante quelconque. On s'occupe alors de rafraîchir et de raviver le reste du nez, en rendant saignantes toutes les surfaces, tous les points sur lesquels le lambeau doit être appliqué.

1° *Dissection du lambeau.* — Le chirurgien suit avec le bistouri la ligne tracée sur les tégumens, et taille ainsi un lambeau dont la base est en haut, et dont le sommet ou le pédicule regarde la racine du nez. On a soin de laisser sur la base du lambeau un prolongement cutané qui doit servir à former la cloison.

2° *Application du lambeau.* — Une fois le lambeau disséqué, on le renverse, on le tord sur son pédicule, de manière à laisser la peau libre et externe; il reste alors à mettre surface saignante contre surface saignante, et à diriger la petite cloison vers la lèvre supérieure.

Les Indiens se servaient très peu de la suture pour maintenir les surfaces en contact. Quelques personnes en France ont employé les bandelettes agglutinatives et s'en sont mal trouvées. Carpue a fait usage de la suture, et Delpech préconise la suture entortillée. Je préfère la suture entrecoupée pas trop serrée.

On place dans le nez, pour lui donner de la forme, des compresses roulées en cylindre, ayant au milieu un tuyau de plume ou une canule en gomme élastique.

Procédé indien modifié par Dieffenbach.

Tel que ce procédé a été inventé, il laisse un pédicule saillant, difforme, dont la section devient nécessaire. Mais après cette section le nouveau nez se déforme, descend, s'arrondit, pâlit et ressemble à une pomme de terre, suivant l'expression d'un pathologiste. C'est

pour prévenir des accidens aussi réels, c'est-à-dire l'abaissement du lambeau, sa pâleur, sa forme ronde que M. Dieffenbach a proposé et exécuté une modification dont les malades se sont assez bien trouvés, suivant M. Velpeau. Le chirurgien de Berlin a, pour fixer le pédicule invariablement, fait une fente à la racine du nez, une rigole pour l'y loger. Lorsque M. Dieffenbach excisait ce qu'il y avait de plus saillant dans cette racine, il trouvait le lambeau garni de vaisseaux et confondu avec le dos du nez.

M. Lisfranc modifia le procédé des Koomas d'une manière avantageuse suivant les uns, et peu utile suivant les autres (¹). En 1825, ce chirurgien fit un nez en prolongeant l'incision d'un des points de la circonférence du lambeau jusqu'aux débris du nez ravivé, et ensuite il put renverser le lambeau, l'incliner sans tordre le pédicule.

Le pédicule représentait ainsi un quart de cercle ouvert en bas. Des bandelettes furent appliquées pour maintenir le lambeau en place.

Le nez fut, dit-on, très difforme.

A une époque plus rapprochée de nous, M. Blandin modifia encore le procédé des Koomas en retranchant la portion cutanée intermédiaire, afin d'aplatir le pédicule sur cette surface saignante au moyen de la compression.

Enfin, voici la modification que M. Velpeau a apportée au procédé en question : « Il me semble, dit

(¹) *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 445.

« ce professeur, que les auteurs s'attachent ainsi à
« l'ombre des difficultés, et qu'au fond il importe peu
« de suivre plutôt un de ces procédés que l'autre. Si
« l'agglutination immédiate du pédicule a quelques
« avantages d'un côté, elle a aussi l'inconvénient de
« rendre l'opération plus difficile et plus longue, de
« nécessiter des tractions et une tension qui gênent
« manifestement le maintien de la circulation dans le
« lambeau.

« Pour éviter l'abaissement du lobule du nez,
« contre lequel MM. Dieffenbach et Blandin parais-
« sent surtout avoir voulu lutter, j'aimerais mieux,
« l'agglutination principale étant opérée, couper très
« haut le pédicule, le redresser, le tailler en triangle
« à pointe supérieure, lui creuser une échancrure, et
« le fixer par quelques nouveaux points de suture sur
« la racine du nez dans une fente jusqu'au voisinage
« du front. Ce serait le moyen d'obtenir toute la ré-
« gularité possible dans le nouvel organe, sans avoir
« à redouter les embarras, les difficultés que présen-
« tent les modifications dont je viens de parler. »

MM. Serre de Montpellier, Blandin, Velpeau ont
conseillé de conserver le plus d'artères possibles dans
le pédicule. Je ne pense pas qu'il faille rechercher
avec un-soin aussi scrupuleux que le pense M. Blan-
din, la direction des artères, la vascularité de la
peau me paraissant offrir toutes les conditions néces-
saires pour la conservation de la vie et pour que le
lambeau s'agglutine dans son nouveau domicile.

Je ne terminerai pas ce qui a rapport au procédé indien sans rapporter une observation empruntée à l'ouvrage de L. Labat ⁽¹⁾. Elle offre d'autant plus d'intérêt qu'il fait mention d'une cloison refaite et d'une modification sur laquelle ont également insisté MM. Lisfranc et Blandin. Je passe sous silence les commémoratifs et tout ce qui est étranger à la description de la maladie et de l'opération.

17^e Observation. — Le nommé Pierre Lanelongue, âgé de 38 ans, eut le nez emporté d'un coup de sabre en 1823, à la guerre d'Espagne. Notre confrère dit que le malade se guérit parfaitement et que la plaie se cicatrisa, mais qu'il demeura une difformité affreuse, laquelle fut un objet de dégoût pour toutes les personnes qui avaient des rapports avec lui. Repoussé partout et ne pouvant obtenir d'ouvrage de son métier de boucher, il se décida à mendier, et c'est dans cet état de misère que M. Labat le recueillit en Provence, où il habitait en 1827.

M. Labat s'occupa d'abord de rétablir la santé générale et le moral du malade, et ce ne fut qu'après ces préparations qu'il pratiqua la rhinoplastie par la méthode indienne.

« Nous le plaçâmes (le malade) sur un siège solide, bien exposé au grand jour. Prenant alors le patron du papier dont j'avais fait choix sur une demi-

⁽¹⁾ *De la Rhinoplastie, art de restaurer ou de refaire complètement le nez.* Paris, 1834, in-8°, p. 89.

douzaine de modèles, de grandeur et de forme un peu différentes, afin de me décider pour celui qui me paraîtrait le mieux approprié à l'air de la figure, j'examinai attentivement si tous les bords de ce modèle étaient en rapport bien exact avec les surfaces sur lesquelles devait être greffé le lambeau. Lorsque j'en eus acquis la certitude, j'étendis ce patron sur le front du malade, j'y traçai avec de l'encre très noire les contours du papier, ayant soin de faire mon dessin un peu plus grand que le modèle ne l'indiquait, afin d'obvier aux effets de la rétraction qui a toujours lieu dans ces tissus après leur division, surtout lorsqu'ils sont en partie détachés. N'oublions pas de dire qu'il existe encore dans le cas de rhinoplastie un raccourcissement consécutif du lambeau provenant de la suppuration de sa face interne, qui finit par se revêtir d'une cicatrice formée d'un tissu fibreux très contractile, dont l'action est permanente. Je pense même qu'à cause de cette circonstance, il serait plus convenable de découper d'après le patron choisi, un second modèle en papier, dont les dimensions seraient plus étendues. Pour ne pas avoir su prendre toutes ces précautions, il est arrivé mainte fois que tel lambeau qui semblait d'abord présenter toutes les dimensions convenables, ne tardait point à se rétracter, à s'amoinrir et à ne plus présenter qu'un simulacre de nez. Nous concluons donc, en rappelant encore le sage précepte de Tagliacozzi, *melius*

est amplas gestare nares, quam minutas et deformes,
qu'il faut dessiner sur le front du malade un lambeau
un quart plus grand que le nez qu'on veut obtenir.

« Mon tracé terminé offrait l'image d'un triangle
isocèle renversé, dont les deux côtés égaux, longs
de 32 lignes, étaient réunis par une base de 28 lignes
d'étendue, qui présentait extérieurement sur son
milieu un appendice rectangle long d'un pouce et
large de 6 lignes. Ce petit lambeau de peau devait
rester adhérent par une de ses extrémités à la base
du triangle, tandis que de l'autre il était destiné à
être implanté dans une ouverture profonde prati-
quée au-dessus de la lèvre supérieure, afin d'y com-
pléter la cloison nasale. Qu'on se figure une espèce
d'*as de pique* renversé, ou bien un grand V fermé,
dont le sommet tronqué serait placé entre les sour-
cils, tandis que la base, située à la partie supérieure,
présenterait sur le milieu une languette de peau,
de forme quadrilatère allongée, correspondant à la
partie antérieure du cuir chevelu, que j'avais eu
la précaution de raser dans l'étendue d'un pouce.
Les deux angles supérieurs ou latéraux étaient lé-
gèrement arrondis pour mieux simuler le contour
des ailes du nez.

« 2° Aussitôt que l'encre fut sèche, je fis contenir
Lanelongue par deux aides, dont un placé derrière
maintenait la tête, et l'autre en avant fixait les bras
et les jambes. Prenant alors un petit bistouri con-
vexe sur le tranchant et dont je tins le manche

comme une plume à écrire, je disséquai le lambeau de peau, en commençant de bas en haut, afin que l'écoulement du sang ne m'empêchât pas de distinguer la ligne noire du dessin que j'étais obligé de faire parcourir au tranchant de mon instrument. L'incision fut profonde; oblique en dehors dans les deux tiers inférieurs, oblique en dedans vers le tiers supérieur; elle comprit dans son épaisseur toute celle des tégumens, une partie du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi qu'une portion du muscle occipito-frontal, sans toutefois intéresser ce péri-crâne crainte de la nécrose. Au moyen de cette obliquité d'incision, la peau du lambeau fut plus coupée inférieurement aux dépens de sa face épidermoïque et supérieurement aux dépens de sa face profonde. Cela me parut favorable, non-seulement pour faciliter son exacte agglutination dans l'incision également oblique en dehors, que je pratiquai supérieurement au-devant des fosses nasales; mais encore pour prévenir, le long des parois du nez, la saillie à laquelle aurait pu donner lieu la cicatrisation des bords du lambeau, coupés perpendiculairement et que l'on enchâsserait dans une incision profonde. Je détachai complètement la base du triangle surmonté de son appendice, ainsi que la presque totalité du reste du lambeau, qui ne demeura adhérent que par son sommet, situé entre les sourcils; m'étant aperçu que la torsion du pédicule ne s'opérait qu'avec difficulté, je prolongeai

l'incision de gauche 4 lignes plus bas que celle de droite, ayant soin de donner à toutes les deux une direction un peu oblique vers ce dernier côté, afin d'avoir plus de facilité à contourner le lambeau sur l'emplacement de l'ancien nez. Cette disposition présentait aussi l'avantage de ne point gêner la circulation du sang à travers le pédicule, ce qui diminuait d'autant les chances de la gangrène.

« Il est évident qu'à l'aide de cette précaution, non-seulement la torsion du pédicule est peu marquée, mais qu'on peut se dispenser de le couper comme on l'avait fait jusqu'à ce jour. C'est au hasard seul que j'ai été redevable de cette découverte, faite également par M. Lisfranc, et que d'autres voudraient rapporter à M. Blandin. Cette dissection fut très douloureuse, parce qu'elle intéressa quelques rameaux nerveux, fournis par la branche temporo-faciale de la portion dure de la septième paire et d'autres filets provenant de la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, etc.

« L'hémorrhagie, fournie par la veine frontale, et les vaisseaux artériels provenant de l'angulaire, fut assez abondante, mais je me gardai bien de l'arrêter, voulant éviter par là le développement d'une inflammation érysipélateuse qui aurait pu compromettre le succès de l'opération. Cependant si les artérioles incisées avaient donné lieu à une hémorrhagie trop abondante, j'en aurais pratiqué la torsion, plutôt que la ligature, afin que les fils ne fussent pas un

obstacle de plus à la prompt agglutination des bords de la plaie.

« 3° Je renversai alors le lambeau, je le tordis sur lui-même (de droite à gauche du malade), et le présentai à l'emplacement qu'il devait occuper de manière que la surface saignante était dirigée du côté des fosses nasales. Ce lambeau se trouva parfaitement conforme au premier modèle du nez dont nous avons fait choix, à cause de l'excédant que nous avons exprès ménagé. Après avoir examiné avec soin l'endroit où les bords saignans du nouveau nez devaient être greffés, j'incisai profondément d'avant en arrière et de dedans en dehors les deux tiers supérieurs du pourtour des ouvertures nasales et dirigeai l'incision en sens inverse dans leur tiers inférieur. A l'aide de cette disposition, j'obtins de chaque côté un sillon dirigé obliquement en dehors à sa partie supérieure et obliquement en dedans à sa partie inférieure, sillon dans lequel j'enchâssai les bords du lambeau, que je fixai de chaque côté par quatre points de suture dite entrecoupée. Le troisième de ces points, en commençant de haut en bas au lieu de ne traverser les lèvres du lambeau qu'à une ligne $\frac{1}{2}$ de son bord, comme je l'avais pratiqué pour les autres, y pénétrait au contraire à la distance de 2 lignes $\frac{1}{2}$, ce qui me permit, en serrant le nœud, de faire froncer cette partie de la peau et de lui faire simuler le pli de l'aile du nez.

« 4° Restait encore l'appendice, qui par l'effet de la rétraction, n'avait plus que 9 lignes de long et 5 de large. J'excisai en dédolant une portion de sa face épidermoïque vers son extrémité libre, afin de rendre ce point saignant et susceptible d'agglutination immédiate; je la relevai et l'insérai aussitôt dans une ouverture presque quadrilatère que j'avais pratiquée au-dessus de la petite fossette que présente la lèvre supérieure; je l'y fixai à l'aide d'un point de suture, que je pratiquai en traversant avec l'aiguille, d'arrière en avant, le bord adhérent de la lèvre supérieure, et de haut en bas l'extrémité de l'appendice. Je ramenai ensuite l'aiguille à la face interne de la lèvre en la traversant une seconde fois, mais d'avant en arrière et immédiatement au-dessous de la cloison nasale. Afin de rendre cette partie de l'opération plus exacte et facile à exécuter, j'incisai le frein de la lèvre, et une portion du repli formé par la membrane muqueuse. Cela fait, j'introduisis dans chacune des ouvertures des narines un petit bourdonnet de charpie, de forme allongée et cylindroïde, afin de les maintenir dilatées, sans cependant contondre leurs surfaces saignantes qui devaient bientôt s'enflammer.

« J'avisai ensuite aux moyens de remédier à la forme irrégulière de la grande plaie que présentait le front, dont la cicatrice eût été difficile à obtenir et désagréable à la vue. En effet la perte de substance opérée en cet endroit, présentait une espèce

de triangle irrégulier, offrant deux petits angles saillans, correspondant à l'endroit des tégumens dont nous avons commencé à détacher l'appendice. Je me décidai, en conséquence, à agrandir la plaie pour la régulariser, la rendre plus facile à guérir, et obtenir une cicatrice linéaire. A l'aide du bistouri, je prolongeai l'incision de l'angle droit, supérieur de la plaie, c'est-à-dire au point correspondant au grand angle droit, situé à la base du triangle isocèle, formé par le lambeau. L'incision fut dirigée de manière à décrire le restant d'une courbe semi-elliptique qui, se rencontrant sur la ligne médiane, un demi-pouce en arrière de l'extrémité la plus élevée de la plaie avec une ligne pareille que je pratiquai du côté opposé, me permit de retrancher les deux angles saillans formés par l'enlèvement de l'appendice, ce qui convertit la plaie en une ellipse assez régulière. J'en rapprochai les bords à l'aide de bandelettes agglutinatives, n'ayant pas jugé convenable d'employer des points de suture, comme Delpech l'a proposé et mis en usage.

« L'opération terminée, je procédai au pansement de la manière suivante : un large plumasseau de charpie enduit de cérat fut appliqué sur le front et maintenu à l'aide d'une bande qui serrait très peu crainte d'occasionner une compression nuisible à la circulation du sang dans le lambeau. J'eus surtout la précaution de ne placer sur son pédicule qu'un peu de charpie mollette enduite de beaucoup

de cérat et sur laquelle je me gardai bien de faire passer la bande. Deux autres plumasseaux de forme allongée furent appliqués à sec de chaque côté du nez, pour le maintenir le mieux possible dans la ligne médiane et le soustraire à l'action du froid. Pour fixer cette partie de l'appareil, je me servis d'une large bandelette agglutinative que je fixai par une de ses extrémités au sommet de la tête, d'où je la fis descendre vers le pédicule du lambeau. Arrivé en cet endroit, je le fendis dans tout le reste de sa longueur, et fis passer chacune des divisions le long des plumasseaux, afin de maintenir ces derniers contre les parois du nez. Chacun des bouts de la bandelette fut conduit en dehors des commissures des lèvres et fixé au-dessous du menton. L'extrémité supérieure de la bandelette fut assujettie à l'aide de quelques tours de bandes, qui, partant du sinciput, passaient sous le menton pour revenir à leur point de départ et que je ramenait ensuite sous la nuque et de là sur le front. Avant de terminer cette dernière partie du pansement, j'avais eu la précaution d'introduire quelques brins de charpie très fine dans l'incision pratiquée entre la face postérieure de la lèvre supérieure et la base des gencives, afin de prévenir la trop prompt agglutination de ces parties, entre lesquelles se trouvait le nœud du point de suture qui fixait la cloison nasale.

« Pendant l'opération, j'avais laissé couler abondamment le sang, afin de diminuer les chances d'une

violente inflammation, toujours redoutable dans ces circonstances; cependant, lorsque l'hémorrhagie me gênait pour distinguer avec précision les différentes parties sur lesquelles j'opérais, je faisais appliquer momentanément sur la plaie du front une large pièce d'amadou qui, interceptant l'écoulement du sang, me permettait de continuer mon opération avec toute sécurité. Un inconvénient plus embarrassant et auquel il fallut me résigner, faute de pouvoir y remédier, fut occasionné par la grande quantité de sang qui, pénétrant dans la gorge, sortait violemment par la bouche, toutes les fois que la douleur arrachait des cris au malade. J'en avais la figure couverte; mais ce qui était plus incommode encore, c'est qu'à plusieurs reprises j'en reçus dans les yeux, ce qui m'obligea à deux fois différentes de discontinuer l'opération durant l'espace de quelques secondes.

« Mais un incident plus grave et qui me plaça dans une position bien critique, se présenta au moment où, après avoir détaché du front le lambeau tégumentaire, j'allais le mettre en rapport avec l'emplacement qu'il devait occuper. Avant de le renverser sur lui-même, ayant jugé nécessaire, comme je l'ai déjà dit, de prolonger l'incision de gauche jusqu'à la ligne médiane de la racine du nez, afin de faciliter la torsion du pédoncule, le malade éprouva une si vive douleur par la division inévitable que je dus faire de quelques rameaux de la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis,

qu'il s'échappa des mains des aides, et s'élançant vers la porte, voulut se soustraire au reste de l'opération. Dans ce moment, la physionomie de Lanelongue présentait un aspect affreux; son front était ouvert par une large plaie, dont les bords, rétractés par la douleur, avaient augmenté l'étendue; tout le reste de sa figure, le cou et les vêtemens étaient inondés de sang. Mais ce qui paraissait le plus horrible à voir, c'était le lambeau de chair palpitante qui, à chaque mouvement, ballottait sur l'une et l'autre joue.

« Jugeant que mes exhortations seraient inutiles, parce que la persuasion n'avait plus d'action sur l'esprit de Lanelongue exalté par la douleur, je courus après lui et fermai la porte de l'appartement dont j'enlevai la clef. Prenant alors le ton d'autorité que comportait la position où je me trouvais, je lui ordonnai de reprendre la place que je lui avais assignée pour l'opération, sous peine de s'y voir contraint. Lanelongue, pensant avec raison que toute résistance serait inutile, se remit sur son fauteuil, et supporta le reste de l'opération sans que je fusse même obligé de le faire tenir par les aides. Aussitôt que le dernier appareil fut appliqué, j'eus toutes les peines du monde à maîtriser les élans de sa reconnaissance : il voulut à toute force m'embrasser, ce dont je l'eusse volontiers tenu quitte, si je n'avais craint de diminuer les transports de sa joie. Le malheureux avait fait preuve de tant de soumis-

sion vers la fin de l'opération, que je crus devoir me résigner à mon tour et m'exécuter de bonne grâce.

« Immédiatement après l'opération qui avait été longue et douloureuse, à cause des soins qu'elle exigeait (elle dura 20 minutes), le malade fut conduit dans son lit, où je lui fis maintenir la tête et les épaules élevées par des oreillers. Je lui recommandai de ne point se coucher sur le côté, crainte de déranger l'appareil, ce qui aurait pu déplacer le nez de la ligne médiane, où nous avons tant intérêt à le conserver. Une garde-malade resta auprès de Lanelongue, et surveilla le moindre de ses mouvements, surtout lorsqu'il dormait. Le silence absolu fut recommandé à l'un et à l'autre. La diète, le repos et des boissons adoucissantes furent les seuls moyens thérapeutiques que je crus devoir prescrire.

« Quelques jours avant l'opération, je m'étais aperçu que Lanelongue était très sujet à éternuer, je songai, dès cet instant, à prendre les précautions convenables pour éviter le retour de cet accident, qui aurait pu devenir dangereux pendant les premiers jours de l'opération. En effet, l'éternuement est pour le nez ce qu'est la toux pour la poitrine. La sternutation balaie bruyamment et avec secousse toute l'étendue des fosses nasales, comme la toux par son ébranlement, détermine l'expectoration des muccosités contenues dans les poumons. Ces considérations me déterminèrent à recommander qu'on

ne laissât point pénétrer les rayons du soleil, ni de courant d'air frais dans l'appartement de Lane-longue.

« Après l'opération de la rhinoplastie, l'ébranlement causé par la sternutation sur les parois du nouveau nez serait d'autant plus à craindre, qu'à cette époque les ouvertures nasales étant bouchées par de la charpie ou autres corps dilatans, tout l'effort de l'air expiré se concentrerait presque en entier sur le lambeau, ce qui le tirerait violemment et pourrait même déchirer les points de suture. On concevra facilement la possibilité d'un pareil résultat en songeant que lors de l'éternuement, la base de la langue étant élevée et le voile du palais abaissé de manière à fermer l'isthme du gosier, l'air s'échappe presque entièrement par les fosses nasales.

« Grâce à l'hémorrhagie que le malade avait éprouvée au commencement de l'opération, et que je m'étais bien gardé de supprimer trop tôt, il ne survint qu'un léger gonflement inflammatoire aux joues, très peu d'élançemens à la tête, et seulement un peu de douleur aux yeux. La fièvre fut peu sensible et tout le malaise qu'éprouva Lane-longue se borna bientôt à la gêne très incommode que lui occasionnaient quelques mucosités sanguinolentes, qui étaient tombées dans l'arrière-gorge et qu'il n'osait point expectorer, crainte que la secousse provenant des efforts de l'expectoration, ne dérangeât l'application immédiate de son nez, sur l'emplacement où je l'avais greffé.

Dès les premiers jours, Lanelongue éprouva un vif appétit, mais il me fut impossible de satisfaire ces désirs, crainte que les tiraillemens, produits par la mastication des alimens, nuisissent à la prompte agglutination des bords du lambeau. Ce n'est même qu'à l'aide d'un chalumeau qu'il pouvait avaler un peu de boisson.

« Le troisième jour après l'opération je procédai au premier pansement; voici l'état dans lequel je trouvai les parties au lever de l'appareil.

« Le nez était un peu gonflé, rose, uniformément cerné d'une ligne noirâtre de sang à demi figé, qui me permettait à peine de distinguer les points de suture, qui laissaient cependant suinter un peu de matière séro-purulente. Mais rien ne transsudait des bords de la plaie dont l'agglutination avait déjà commencé. Il y avait au pédicule du lambeau, un peu de tension, ainsi qu'un peu de rougeur et d'engorgement aux parties environnantes. On sent très bien, que dans les premiers temps, le pédicule ne peut jamais être aussi exactement coapté que tout le reste du lambeau.

« La cloison nasale était légèrement rétractée sur les côtés, et ses bords tendaient à se racornir en dedans. Cette disposition lui avait fait prendre la forme d'un petit pilastre, qui semblait destiné à soutenir le bout du nez. Les ouvertures des narines avaient été maintenues ouvertes par deux bourdonnets de charpie, mais comme elles étaient disposées

à s'arrondir, je remplaçai ce premier moyen par deux morceaux de sonde creuse de gomme élastique, autour desquels j'eus soin de coller un peu de cire, de manière à leur donner une forme allongée, et légèrement conoïde comme le sont presque toutes les narines qui ont reçu un plein développement. J'humectai les bords de la plaie avec de la décoction de graine de lin, afin de ramollir le sang desséché, et prévenir la formation d'une croûte, qui serait devenue incommode au malade, et nuisible à la prompte agglutination des parties. L'extrémité de l'appendice avait déjà contracté une adhérence intime dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, ce qui me permit de la débarrasser de son point de suture, dont j'avais noué le fil au dedans de la bouche, en haut de la lèvre supérieure, afin de mieux fixer la cloison dans une direction perpendiculaire. Je pus alors supprimer aussi quelques brins de charpie que j'avais placés entre la lèvre et le bord alvéolaire. La température du nez était à-peu-près la même que celle des environs de la plaie. Mais une particularité digne de remarque, c'est que le malade percevait du côté du front l'impression de mes doigts que je promenai à la surface de son nouveau nez. Cette erreur de sensation a duré jusqu'au moment où le lambeau complètement adhérent fut identifié avec l'action vitale des tissus sur lesquels je l'avais greffé. Ce phénomène physiologique est trop facile à concevoir pour que nous devions en

donner une explication détaillée. Nous dirons seulement que, durant le temps où la partie tégumentaire reçut vie entière des tégumens du front, dont elle était encore partie intrinsèque et inhérente, elle dut en partager les sensations puisqu'elle était soumise à la même innervation et à la même action circulatoire.

« La plaie du front était recouverte de bourgeons charnus, qui suintaient déjà une assez grande quantité de pus. J'en rapprochai les bords à l'aide de nouvelles bandelettes agglutinatives. Je réappliquai le même appareil contentif que nous avons indiqué précédemment, et le malade fut soumis à une diète moins sévère. Des purées, de la semouille et du bouillon furent les seuls alimens que je lui accordai, afin de prévenir autant que possible les contractions des muscles de la face et les mouvemens des mâchoires; les pansemens furent renouvelés toutes les 24 heures; les bourgeons charnus touchés avec le nitrate d'argent, ne tardèrent point à s'affaïsser, les cicatrisations marchant à grands pas, je permis au malade l'essai de quelques alimens solides, qui lui furent continués à dater du huitième jour après l'opération.

« A cette époque, le lambeau n'était presque plus ni enflammé, ni engorgé, et son adhérence paraissait très intime, ce qui m'engagea à enlever tous les points de suture, à l'exception de ceux qui fronçaient la partie postérieure du lambeau pour y simuler le pli

des ailes du nez. Ces derniers ne furent détachés que vers le douzième jour. La face profonde ou postérieure du lambeau fournissait encore une suppuration très abondante qui s'écoulait par les narines ; mais ce pus devint tellement épais vers le quinzième jour, que je fus obligé à chaque pansement de nettoyer la cavité nasale, à l'aide d'un petit pinceau à miniature que je trempais dans une décoction émoullente.

« Vers le seizième jour, que nous avions présumé devoir être l'époque où il conviendrait d'opérer la section du pédicule, ce dernier, grâce à l'obliquité que je lui avais donnée pour en faciliter la torsion, s'était tellement épanoui et affaissé qu'il avait fini par se mettre en rapport immédiat avec les parties voisines, et n'avait pas tardé à contracter adhérence avec elles. Dès lors, je conçus l'espoir d'éviter son excision, dont je redoutais les suites. Je rafraichis une petite partie des bords du pédicule qui n'avait pu s'agglutiner ; j'exerçai sur elle une légère compression pour l'aboucher avec les lèvres de la plaie, située entre les sourcils, et j'eus le bonheur d'obtenir une réunion exacte et sans la moindre difformité. Une circonstance que j'avais prévue dès le premier jour de l'opération, et qui arriva en effet comme je m'y étais attendu, fut la pousse de quelques cheveux qui ayant continué à croître pendant quelque temps à la face antérieure de l'appendice, fournirent bientôt de très longs poils à la mous-

tache de Lanelongue. C'était un très petit inconvénient, et les ciseaux furent un sûr et facile moyen d'y remédier.

« Le dix-huitième jour, la réunion paraissait exacte de toutes parts. Le lambeau avait la couleur et la température naturelles, et les cicatrices qui l'unissaient aux joues présentaient déjà une assez forte résistance. Les piqûres des points de suture étaient presque entièrement effacées. Les parties furent laissées à découvert, et je me bornai à quelques légères lotions émollientes que je faisais pénétrer jusque dans les narines. Les démangeaisons que le malade y éprouvait étaient si intenses, qu'il eut toutes les peines du monde à résister au besoin d'y porter les doigts pour se gratter; il ne trouvait d'autre moyen pour les calmer, que de se frapper du poing toute la surface non encore cicatrisée de la plaie du front; il y allait si bon train, que mainte fois il la rendit toute saignante. Comme je ne voyais à cela d'autre inconvénient que de retarder la cicatrice, je laissai le malade satisfaire son envie, à condition qu'il ne toucherait point au nez.

« Le vingt-cinquième jour, l'adhérence du nez était assez forte pour me permettre d'exercer sur lui de légères tractions en avant, avec compression sur les côtés, afin de mouler un peu cette partie, en lui donnant autant que possible la saillie du nez naturel; mais il me fut impossible de le rendre pointu, l'extrémité resta légèrement arrondie, comme le

sont la plupart des nez qu'on appelle charnus. A la fin du mois, la cicatrice du front était complète, et ressemblait exactement à celle qui proviendrait d'un coup de sabre dont on n'aurait pas tenté la réunion immédiatement, mais qu'on aurait livrée à la suppuration.

« Le son de la voix de Lanelongue n'était plus nasillard, ni rauque, comme avant l'opération; son arrière-gorge n'était plus sèche ni irritée; il percevait facilement toutes les odeurs, et recherchait avec avidité une prise de tabac, ce que j'empêchais le plus souvent possible. Un extrême plaisir pour lui était de faire sortir la fumée de son cigarre au travers de ses nouvelles narines. Il recherchait l'air frais avec autant d'empressement qu'il en mettait à l'éviter un mois avant. A peine six semaines s'étaient écoulées depuis le jour où je l'avais opéré, qu'il se sentait une envie démesurée d'aller se montrer à ses amis; mais comme les approches du froid se faisaient déjà sentir et que je craignais qu'il n'arrivât quelque fâcheux accident à Lanelongue, qui, à sa première sortie, n'aurait pas manqué d'aller fêter son nouveau nez au prochain cabaret, je lui fis garder le logis jusque vers le milieu du mois de décembre, époque à laquelle je lui rendis une pleine et entière liberté.

« Lanelongue était arrivé chez moi mutilé, couvert de haillons, présentant une figure horrible à voir, et rappelant celle dont Graëfe a tracé la hideuse

image⁽¹⁾. Deux mois après, il sortit avec un nez passablement beau et parfaitement solide. Sa physionomie rayonnait de bonheur, et son cœur battait d'espérance pour un meilleur avenir. Enfin la métamorphose était si complète que ses amis eurent d'abord grand-peine à le reconnaître. Pendant quelques jours, il se joua même de leur étonnement : il donnait l'aumône à ses anciens camarades qui lui tendaient la main sans se douter à qui ils s'adressaient ; après les avoir largement rétribués, il s'amusait à leur demander des nouvelles du pauvre *Rasat*, qui, dans l'argot, voulait dire *sans nez*, et ce n'était qu'après avoir préparé leur élan de surprise, qu'il *taupait* avec eux. Grand nombre des principaux habitans de la ville d'Aix, et entre autres M. l'archevêque de Carthagène, domicilié en Provence par suite d'événemens politiques, l'aidèrent de quelques secours, ce qui lui permit de se rendre dans son pays où il désirait aller revoir ses parens et ses amis, qu'il ne devait plus craindre d'effrayer comme lors de son retour d'Espagne. J'ai revu Lanelongue en 1828 et en 1829, son nez s'est toujours bien conservé et ne diffère des autres que parce qu'il est moins proéminent, et cerné d'une cicatrice linéaire qui de bleu qu'elle était a fini par devenir blanche. Quant à celle du front, elle n'offrait rien de remarquable, son extrémité supérieure se perdait

(1) *De Rhinoplastice*. Berlin, 1818, in-4°, fig.

sous les cheveux ; sa largeur était réduite à 2 lignes environ, et son extrémité inférieure correspondait à la racine du nez où elle avait rapproché les deux sourcils. »

M. Dieffenbach, voulant éviter la difformité occasionnée par la cicatrice frontale qui est la suite de la dissection du lambeau emprunté à cette région pour pratiquer la méthode indienne, a pris un lambeau au sinciput pour réparer un nez entièrement détruit.

Je ne citerai point les observations assez nombreuses que je pourrais emprunter à MM. Delpech, Lisfranc, Blandin, etc., croyant inutile l'exposition d'un plus grand nombre de faits.

On peut réparer par la méthode indienne la sous-cloison, les ailes et les côtés du nez.

Les ailes du nez se réparent en empruntant un lambeau au front, à la joue. Mais comme il est toujours préférable de se servir des tégumens les plus rapprochés de la difformité, on admet qu'il vaut mieux dans ces cas recourir à la méthode française.

La sous-cloison peut manquer en partie ou en totalité, et son absence peut être compliquée d'altérations diverses.

On peut, ainsi que l'a fait Liston, découper dans l'épaisseur de la lèvre supérieure une lanière de parties molles qui sera fixée par son extrémité libre au reste de la cloison ou du lobule du nez préalablement ravivé. La plaie des lèvres est réunie par la suture.

En 1840, M. Blandin présenta à l'Académie (1) une femme à laquelle il avait fait une sous-cloison, en prenant dans la lèvre supérieure un lambeau dont il attacha l'extrémité libre dépouillée de ses tégumens au lobule du nez. Au lieu de tordre le lambeau, il le couda vers sa racine et mit par conséquent la peau en regard avec les fosses nasales et la muqueuse à l'extérieur. La muqueuse dut prendre par conséquent les caractères de la peau et celle-ci revêtir ceux des membranes muqueuses.

Le procédé de M. Blandin consiste à tailler un lambeau que l'on renverse de bas en haut et de dedans en dehors, de manière à rendre la muqueuse *externe* et la peau *interne*.

J'ai opéré ainsi une jeune fille qui avait toute la partie extérieure de la cloison détruite par la maladie vénérienne. Pour réparer avantageusement cette perte de substance, j'ai taillé dans l'épaisseur de la lèvre supérieure un lambeau quadrilatère que j'ai laissé fixé par son extrémité postérieure et que j'ai attaché à la partie inférieure du nez, où la destruction commençait, par des points de suture après avoir toutefois ravivé les parties dans cet endroit. Les traces de l'opération furent à peine visibles, et la malade sortit de l'hôpital très satisfaite de s'être soumise à cette opération.

On a réparé également par la méthode indienne le

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IV, p. 558.

lobule du nez et même, dit-on, les ailes du nez. Pour moi, sans blâmer l'emploi de la méthode indienne pour réparer les difformités partielles du nez, je pense que lorsqu'il s'agit de son extrémité ou de ses ailes, il est préférable de tailler un lambeau aux dépens des joues ou des lèvres. Delpech a cependant réparé le lobule du nez avec un lambeau emprunté aux parties molles du front.

§ II. - *Méthode italienne.*

Les Indiens anciennement avaient appliqué la méthode par transplantation à la rhinoplastie. On connaît mon opinion sur ce point; je n'y reviendrai pas.

C'est aussi à la rhinoplastie que la méthode italienne par transplantation a été appliquée, et l'on peut même dire que jusqu'à ces derniers temps on n'a guère fait usage de cette méthode que pour la réparation du nez et des lèvres.

Cette méthode offre deux procédés dont le premier appartient à Tagliacozzi et le second à M. Graefe.

1^o *Procédé de Tagliacozzi.*

J'ai déjà décrit ce procédé en parlant de la méthode italienne; je rappellerai seulement que Tagliacozzi commençait par s'occuper des moyens de suspension du membre supérieur à la tête, à l'aide de bandages; puis il soulevait la peau du bras à différentes reprises, afin de la rendre plus mobile, et formait ensuite avec elle un pli au moyen d'une pince fenêtrée. On sait qu'à l'aide d'un bistouri, il faisait une ouverture qu'il traversait.

sait avec une mèche, laquelle était pansée comme un séton dans le but d'augmenter la vitalité de la peau ; il ne procédait à la section de la partie supérieure du lambeau que lorsque celui-ci était cicatrisé : alors il ravivait le moignon du nez, le rafraîchissait partout, et en prenait les dimensions avec un morceau de papier qui lui servait de patron pour donner au lambeau la forme convenable. C'est après cela qu'il mettait les surfaces saignantes en contact et les maintenait en rapport par des points de suture, en ayant eu soin d'abord de passer les fils dans le lambeau et dans le moignon. Enfin j'ajouterai que Tagliacozzi faisait la section du pédicule quinze jours après la mise en rapport des surfaces saignantes, c'est-à-dire à l'époque où l'agglutination était complète. Par ce procédé Tagliacozzi a obtenu des succès remarquables, et très rarement l'opération a été infructueuse.

Depuis Tagliacozzi, ce procédé a été mis souvent à exécution, et les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants que dans la main de son inventeur, sans doute parce que l'on n'a pas observé rigoureusement les règles qu'il avait établies.

Ainsi l'on a voulu immédiatement après un accident réparer la perte de substance avec un lambeau pris aux dépens du bras et sans avoir fait subir au malade les préparations recommandées par Tagliacozzi, et l'on a vu l'opération échouer par la gangrène. Il est donc vrai de dire qu'il y a nécessité de rendre la vitalité plus grande par la suppuration ou

par tout autre moyen avant de songer à pratiquer l'autoplastie nasale par cette méthode.

2^o Procédé de Graefe.

Il diffère fort peu de celui de Tagliacozzi. Graefe se servait de la suture entortillée au lieu de la suture entrecoupée, et faisait en plus des frictions sur la peau avec de l'huile éthérée. Je vais rapporter l'observation intéressante publiée par Graefe et qui est tout-à-fait en faveur des doctrines de Tagliacozzi.

18^e Observation. — « Un homme âgé de 20 ans, robuste, d'une parfaite santé, avait fait ses études à Heidelberg. Dans un duel qui eut lieu au mois de juin 1823, un coup de sabre lui emporta la partie antérieure du nez, de manière que toute sa partie cartilagineuse, depuis l'os jusqu'à l'aile droite, et une partie de la lèvre supérieure, jusque vers le milieu de la joue, tombèrent à terre. La plaie étant grande, il y eut perte de sang assez considérable; le lambeau du nez ramassé, dans le sable, fut lavé et rattaché par un chirurgien, la plaie pansée et couverte de linge trempé dans du vin chaud. Le morceau ne reprit pas et tomba en pourriture. Du reste, la plaie guérit, mais la cicatrice en se formant laissa une affreuse difformité; le jeune homme se crut perdu, il fuyait toute société. Ainsi s'écoula une année; alors il prit la résolution de subir une opération pour la réformation d'un nez aux dépens de la peau du bras. Cette opération fut entreprise par

le professeur Chélius seulement le 30 novembre 1824.

« Cette opération n'eut pas de succès; dès le premier jour, la partie libre du lambeau de peau du bras gauche avait été fixé au moyen de la suture; mais les bords de la plaie étaient trop distendus, le pansement ne tint pas.

« Le septième jour, après le lever de l'appareil, le lambeau n'adhérait solidement qu'en haut; mais comme il n'avait pris nulle part ailleurs, on le détacha et on le remit sur le bras où il reprit rapidement.

« La difformité primitive resta sans changement; toutefois le malade prétendait que l'opération avait produit quelque amélioration, parce que les parties osseuses dénudées étaient recouvertes depuis l'opération d'une membrane mince.

« Ce jeune homme vint au mois d'août 1825 à Berlin pour se confier aux soins de M. Graefe.

« Le résultat devait paraître d'autant plus douteux ici, que deux essais avaient été tentés déjà sans succès, et qu'une peau calleuse, transparente, de la consistance d'une écaille d'œuf, couvrait les bords osseux. M. Graefe trouva aussi chez cet homme une peau généralement très épaisse, ce qui arrive chez tous les hommes fortement constitués. L'opération pour réussir devait être divisée en plusieurs parties et marcher lentement.

« Le point de la peau désigné sur le bras pour servir à la formation du nez fut entretenu dans un état

d'irritation prolongée par des frictions d'huile éthérée. Cette partie gagna en épaisseur, élasticité et flexibilité jusqu'au premier temps de l'opération. Un bandage fut aussi arrangé pendant ce temps d'après le corps du malade, et appliqué pendant plusieurs jours, afin de le préparer à la position forcée qu'il devait garder.

« Je dois faire observer aussi que le mutilé a montré beaucoup de courage et de présence d'esprit pendant la durée de l'opération.

« *Première partie de l'opération.* — Le 22 juin 1825, une section d'environ 2 pouces $\frac{1}{2}$ de large et de plus de 3 pouces de long fut faite par deux coupes longitudinales à la face interne de l'avant-bras jusqu'aux muscles; des ligatures furent faites aux artères intéressées, la peau fut bien séparée des muscles avec les doigts, et on passa sous elle un séton de la largeur de la plaie. Pendant dix jours, on suivait un traitement comme pour un séton et la plaie donnait du pus qui avait une odeur fétide.

« *Deuxième partie de l'opération.* — Le 3 juillet le lambeau isolé par sa face inférieure et par ses côtés fut détaché à sa partie supérieure par une incision transverse. La cicatrisation avait eu lieu des deux côtés qui s'étaient contractés vers le milieu. On avait attendu cette cicatrisation pour en conclure la vitalité du lambeau. Le lambeau préservé par des cartes du contact de la partie musculieuse, s'épaissit fortement, se gonfla et se contracta jusqu'à son

entière cicatrisation ; la continuité avec le bras n'existait qu'à la partie inférieure et transverse, tournée vers le poignet. La cicatrisation du lambeau, qui ne se nourrissait que par sa partie inférieure, se fit dans l'espace de onze mois.

« *Troisième partie de l'opération.* — La première transplantation eut lieu le 21 mai ; après avoir rendu saignant le bout du nez restant, en lui enlevant la peau, et après avoir découpé le bord supérieur du lambeau, on fixa ces parties solidement ensemble et on les maintint par un bandage.

« Une surveillance pendant le jour et la nuit prévint le relâchement des parties.

« Quoique le bras du malade fût soutenu, celui-ci souffrit beaucoup ; car la saison devenant très chaude, il advint que la plaie transmettait une suppuration fétide aux fosses nasales. Ce n'est que par des moyens prompts et énergiques qu'on put combattre la fièvre qui offrait un caractère typhoïde. Pendant quelques jours la vie du malade fut en danger.

« Cependant, tout s'améliora, la nouvelle inflammation du bout du nez et du lambeau produisit un peu de suppuration, et les bords se rapprochèrent heureusement. Les aiguilles étant retirées et le lambeau de peau étant adhérent au moignon du nez, on résolut d'entreprendre le quatrième temps de l'opération, c'est-à-dire, la séparation entière du lambeau de son terrain primitif.

« *Quatrième partie de l'opération.* — Cette séparation

entière du lambeau du bras qui délivra le malade de sa position gênante, offrit un phénomène très remarquable. Lorsque le lambeau, qui avait la même couleur que le reste des parties, fut détaché d'un seul coup de bistouri, il pâlit subitement et prit une teinte cadavérique comme un membre gelé, et dans le moment il n'en sortit que très peu de sang. Mais cet état ne dura que 30 ou 40 secondes, la couleur revint et le sang coula aussitôt avec abondance. Le lambeau devint ensuite non-seulement coloré comme auparavant, mais il fut le siège d'une inflammation intense. Ce fait prouve qu'au moment de son détachement du bras, le lambeau n'avait pas encore puisé beaucoup de vie sur la partie où il avait été transplanté.

« A la partie inférieure du lambeau il y eut une inflammation croissante qui menaçait de détruire tout le fruit de l'opération. On combattit cet état au moyen du camphre, et la partie inférieure qui avait été détachée la dernière du bras fut détruite; le reste du lambeau suffit pour la formation du nez.

« Enfin l'opération fut achevée d'après les procédés exposés dans les ouvrages de Graefe. Il faut encore remarquer qu'un modèle de nez en plâtre fut appliqué avant l'opération, afin de diriger l'opérateur dans ses mesures.

« *Cinquième partie de l'opération.* — Le 5 août, tout était si bien cicatrisé que les incisions convenables du bord inférieur pouvaient être faites, afin de pré-

parer celui-ci pour la formation des narines et du *septum*, ce qui eut lieu.

« *Sixième partie de l'opération.* — Au mois d'octobre, on put faire les narines au moyen d'excisions, et l'introduction des canules put avoir lieu. Toute la circonférence des narines se cicatrisa; il resta une petite ouverture là où un point de suture avait été déchiré, ce qui retarda la guérison complète. Enfin la force de la nature en rapprocha les bords, de manière que la pointe d'une aiguille put à peine pénétrer au travers.

« La peau du nez ne s'est pas seulement organisée de nouveau pendant le travail inflammatoire, elle s'est aussi étendue au-delà des os comme une peau surajoutée; mais la peau perdit peu-à-peu la consistance grossière qu'elle avait au bras, ainsi que ses poils, et prit peu-à-peu la texture fine de celle du visage. Enfin, étant même instruit de l'opération, c'est à peine si l'on pouvait soupçonner que l'art eût produit cet organe, et le jeune opéré put rentrer dans la vie active et y poursuivre sa carrière ('). »

§ III. — *Méthode française.*

La rhinoplastie par la méthode française est une conquête de la chirurgie moderne; et ce n'est que depuis quelques années qu'on en a fait un fréquent usage pour réparer soit des pertes de substance partielles, soit la perte totale du nez.

(') Wolfart, traduction par M. Schoengreim.

Les chirurgiens sont loin cependant de s'entendre sur sa valeur, et ils n'ont pas encore, je crois, indiqué le rang qu'elle doit occuper entre les méthodes indienne et italienne.

Je vais examiner successivement cette méthode dans les circonstances suivantes :

- 1° Difformités par affaissement ;
- 2° Difformités partielles ;
- 3° Difformités consistant dans l'absence du nez avec ou sans lésions de la face.

1° *Difformités par affaissement.* — L'affaissement du nez peut être produit par des causes constitutionnelles ou traumatiques.

Les causes constitutionnelles les plus fréquentes sont l'affection scrofuleuse et la syphilis qui entraînent l'écrasement du nez en détruisant la charpente osseuse et cartilagineuse. Dans les auteurs on trouve beaucoup d'exemples de ce genre de difformité que l'on rencontre aussi à chaque instant dans les hôpitaux et les carrefours.

Quoiqu'il ne soit pas aussi commun de trouver cette difformité à la suite de violences extérieures, elle se rencontre cependant à la suite des coups de pied de cheval, des violences de toute nature.

J'ai donné mes soins à un assez grand nombre de malheureux qui avaient été ainsi mutilés.

La destruction des os et des cartilages, l'affaissement des parties molles produisent en changeant la forme de l'organe de l'olfaction de notables altéra-

tions dans ses fonctions et dans celles des organes voisins.

Le timbre de la voix devient nasillard, et cette désagréable prononciation est accompagnée de l'imperfection de l'odorat ou de son absence complète, de la difficulté de respirer et d'expulser le mucus et les liquides qui s'accumulent d'abord dans les fosses nasales et se dessèchent ensuite. L'accumulation des liquides qui s'altèrent, donne lieu à une odeur fétide et insupportable, qui s'exhale pendant l'expiration, et souvent d'une manière continue.

Ces incommodités se retrouvent aussi bien après les lésions mécaniques qu'après la destruction du nez par les vices dartreux et syphilitiques; mais c'est principalement lorsque la difformité est produite par de semblables causes que l'on est sûr de retrouver toutes ces incommodités portées au plus haut degré, parce qu'il existe presque toujours alors une sécrétion anormale et des ulcérations non cicatrisées.

Il se présente une grande question à résoudre; c'est de savoir s'il faut toucher à une semblable difformité? Je répondrai qu'on doit s'en abstenir lorsque les malades respirent sans trop de difficulté, et lorsque la difformité n'est pas trop choquante.

Si dans ces circonstances, l'opération est peu indiquée, à plus forte raison lorsque l'affection syphilitique constitutionnelle a produit de pareilles désordres, et qu'on n'est pas bien sûr que la cause est entièrement anéantie. En tout cas si l'opération était

impérieusement réclamée par le malade qui ne pourrait se résoudre à vivre avec une semblable difformité, il ne faudrait la pratiquer que lorsque les causes spécifiques seraient entièrement détruites à l'aide d'un traitement approprié : sans cela on s'exposerait à être plus nuisible qu'utile.

L'opération ne consiste pas à rapporter un lambeau pris dans une autre région, comme par les méthodes indienne et italienne. Il s'agit seulement de relever et de rapprocher les tissus de manière à former une voûte solide. C'est par un véritable déplacement que l'on obtient un semblable résultat.

C'est à un Français dont la chirurgie militaire se glorifie, Larrey, que l'on doit la première opération de ce genre, et ce n'est que plus tard que M. Dieffenbach l'a pratiquée de nouveau.

Voici l'observation de Larrey (1) :

19^e Observation. — « Un de mes anciens élèves et de mes dignes compagnons d'Egypte, M. le docteur Zink, chirurgien-major à l'hôpital de Givet, m'adressa à la fin de l'année 1820, un sous-officier affligé d'une infirmité horrible provenant d'un coup de feu que cet infortuné s'était donné 18 mois auparavant dans un accès de mélancolie.

« Il avait appliqué l'extrémité de son fusil armé sous la voûte palatine, tandis qu'avec son pied nu il en avait

(1) *Clinique chirurgicale*. Paris, 1829, t. II, p. 13.

fait partir la détente. Cette arme s'étant un peu inclinée en avant au moment du coup, la balle monta verticalement dans l'épaisseur et au milieu de la voûte palatine, traversa le nez et effleura le crâne en sillonnant la peau du front. Toute la portion palatine des os maxillaires comprise entre les dents canines fut emportée; les portions labyrinthiques du nez, les os propres et les cartilages de cette éminence furent détruits ou expulsés. Les deux ailes du nez étaient rétroversées en dehors et en arrière; la sous-cloison faisait partie de la narine gauche.

« Cette blessure fut pansée comme toutes les plaies d'armes à feu, c'est-à-dire avec des émoulliens et un appareil contentif; elle a parcouru les périodes de suppuration sans aucun accident. La cicatrice s'est opérée comme nous l'avons décrite; les bords ont contracté une adhérence intime avec la surface extérieure des apophyses montantes, de manière à produire au milieu du visage une échancrure très irrégulière, caverneuse et d'un aspect repoussant. Ce sujet était privé de l'odorat, très gêné dans la mastication et l'exercice de la parole.

« Tel était l'état de ce sergent quand il se présenta à l'hôpital de la garde royale en décembre 1820. Il était d'ailleurs dépourvu de toute ressource et sans moyens d'existence. Après avoir obtenu la faveur de le traiter dans mes salles, je l'examinai avec soin, je projetai un mode d'opération, et sans perdre de temps, je le mis à exécution.

« Assisté de M. le docteur Ribes, en présence de plusieurs médecins, le sujet assis sur une chaise, je commençai par détacher les bords tégumenteux et adhérens dans tout le pourtour de cette horrible plaie; j'en poursuivis la dissection à plusieurs lignes d'étendue vers les pommettes sur la surface des os maxillaires, afin d'avoir une assez grande étendue de peau pour franchir l'espace compris entre les bords de cette division et pour en obtenir la réunion aussitôt qu'ils seraient mis en contact.

« Je détachai ensuite les adhérences que les deux divisions des ailes du nez et de la lèvre supérieure avaient contractées avec les bords de l'échancrure palatine. Cette dissection fut longue et difficile. Après avoir isolé toutes les parties molles qui appartenaient jadis au nez, j'en rafraîchis les bords à l'aide de ciseaux évidés avec l'attention de donner à chaque coupe la forme qu'elle devait avoir pour s'affronter exactement et d'une manière uniforme.

« Cette dissection finie, les parties abstergées, je fis trois points de suture provisoire : le premier au milieu de la côte du nez; le deuxième au sommet de cette éminence et vers la sous-cloison des narines que j'avais eu soin de conserver; le troisième aux deux bords de la lèvre supérieure. Je réunis ensuite et maintins rapprochées les parties molles de tout le dos du nez, au moyen d'une suture enchevillée, composée de six anses de fil, à l'effet de ramener de loin les portions de peau qui devaient servir à former cet organe, et de

prévenir la déchirure qui aurait eu lieu si j'avais employé la suture entrecoupée. Le sommet du nez et les bords séparés de la sous-cloison furent réunis au moyen de la suture entrecoupée. Enfin, j'adaptai les bords de la lèvre, réséqués et détachés de la mâchoire au moyen d'une suture entortillée, faite avec deux aiguilles d'or.

« Cette opération terminée, j'appliquai un bandage contentif, unissant, garni de compresses graduées, pour protéger les points des diverses sutures et pour en seconder les effets.

« L'opéré fut mis à la diète, à l'usage des boissons rafraichissantes, mucilagineuses et anti-spasmodiques. Pendant les deux premiers jours, il fut assez calme et sans fièvre; parvenu au troisième il y eut un léger paroxysme avec céphalalgie légère et travail d'irritation dans la plaie. Des antiphlogistiques apaisèrent ce léger orage, et le malade alla de mieux en mieux.

« Au neuvième jour de l'opération je levai l'appareil, et, à ma grande surprise, je trouvai tous les bords couturés parfaitement réunis et cicatrisés; cependant je laissai les chevilles et les épingles en place jusqu'au quinzième jour.

« La cicatrisation était exacte, uniforme linéaire et l'on voyait évidemment qu'elle ne s'était opérée que par la communication et l'adhésion naturelle des vaisseaux des bords de cette énorme plaie. Enfin la cicatrice est parfaite et le nez a repris une conformation assez régulière et telle que la physionomie

du sujet n'offre plus rien de pénible à la vue. La parole, la prononciation et la mastication se sont perfectionnées; l'écartement considérable qui existait aux os maxillaires et dans les parois des fosses nasales s'est considérablement resserré; et ce rapprochement augmentera sans doute par la suite, en sorte que les traits de la face deviendront de plus en plus réguliers. »

Voici maintenant l'opération de M. Dieffenbach :

20^e *Observation.* — La fille du cordonnier Shlens avait perdu le nez par suite de scrofules qu'elle avait eues dans son enfance, et d'un ozène qui lui avait causé des douleurs excessivement aiguës pendant plusieurs années. La même maladie a enlevé la vue au plus jeune de ses frères et défiguré plus ou moins ses autres frères et sœurs. On ne pouvait voir sans étonnement le visage de cette jeune fille, âgée de 12 ans; il présentait au lieu d'un nez saillant un sillon tortueux, irrégulier, qui donnait à la figure de cette jeune personne l'aspect d'une tête de mort : une partie des tégumens du nez enlevé couvrait l'espace vide que la destruction des os avait causé. On avait employé beaucoup de mercure dans le traitement de la maladie, et la plupart des os s'étaient détachés, entre autres le vomer, la plus grande partie de l'apophyse nasale et les lames de l'éthmoïde. Cette fille était guérie depuis trois ans, lorsque M. Dieffenbach tenta la restauration du nez.

Il pratiqua l'opération en présence et avec l'aide des docteurs Baum, Klein, Orthmann et quelques autres. M. Dieffenbach fit sur les côtés du nez enfoncé et dans toute sa longueur, deux incisions dirigées de bas en haut; il en résulta une bande de peau isolée, trois fois aussi large à sa base qu'à son sommet, et unie à la lèvre supérieure par un filet de peau mince et court. En haut, elle adhéra aux tégumens par un pont étroit. L'auteur coupa aux deux extrémités du nez les parties molles jusqu'à l'os.

Ensuite, au moyen de deux incisions semi-lunaires, continuation des incisions latérales, il dégagait les ailes du nez de leurs adhérences extérieures. Il lui fut possible alors de tirer de la profondeur dans laquelle elles avaient été cachées pendant si long-temps les bandelettes de peau rétrécies en haut et plus larges en bas, qui résultèrent de ces diverses incisions.

Le nez, qui était en quelque façon replié sur lui-même, se remontra en saillie. Ce temps de l'opération excita la surprise des assistans : ils virent tout-à-coup une espèce de tête de mort reprendre la figure humaine, quoique les lambeaux de peau fussent encore sanglans et détachés.

M. Dieffenbach excisa enfin les bords intérieurs du dos du nez et le bord extérieur des parois latérales et des ailes de cet organe, dont le redressement fut par là considérablement avancé. Le tissu ferme et solide des lambeaux lui fit bien augurer du succès. Après avoir attendu quelques instans avant de les

réunir, il mit d'abord en contact les parois latérales qui devaient former le dos du nez, au moyen de six aiguilles entortillées dont les fils furent coupés immédiatement. Il fit ensuite la réunion des ailes et des bords latéraux du nez à la peau des joues et à la lèvre supérieure. Il employa dans ce but huit points de suture qu'il plaça aisément avec le secours d'une aiguille fine et courbe. Il avait préalablement et pour le motif énoncé plus haut, séparé de l'os les bords limitrophes de la joue dans l'étendue de quelques lignes.

Le nez était parfaitement réorganisé, il présentait exactement sa forme normale; sa solidité ne permettait pas de supposer qu'il pût se déprimer de nouveau, et deux choses en répondaient : la suture d'une part, et de l'autre la manière particulière dont les bords de la plaie avaient été excisés.

La bande de peau qui restait de la cloison, parut trop courte : deux petites incisions latérales dans la lèvre supérieure l'allongèrent. L'opérateur introduisit dans la narine un tuyau de plume mince enveloppé de charpie huilée. Dans le dernier temps de l'opération, il fit passer des tégumens de la joue au milieu du nez une aiguille longue et mince, garnie à ses extrémités d'un morceau de cuir arrondi, et en roula la pointe en forme de spirale avec une tenette. Il parvint de cette manière à rapprocher l'une de l'autre la face latérale du nez et le bord correspondant de la joue, et à faire saillir davantage le nez au milieu du visage.

Cet organe ainsi reconstruit était pâle immédiatement après l'opération et froid au toucher; on le couvrit de compresses trempées dans le vin tiède étendu d'eau. Dès le soir, la rougeur et la chaleur avaient reparu, et la partie opérée présentait un aspect plus satisfaisant. La rougeur du nez augmenta encore un peu le lendemain, et il s'y joignit une légère tuméfaction. L'union parfaite des bords de toutes les plaies promettait une guérison complète; cependant la malade était moins bien, elle passa une nuit fort agitée accompagnée de dyspnée, de toux et de fièvre. On lui prescrivit une application de 12 sangsues sur la poitrine, une boisson saline et une soupe maigre. La petite malade se trouva immédiatement mieux, et dès le soir ces symptômes avaient disparu.

La configuration du nez était toujours satisfaisante; l'eau blanche remplaça les compresses de vin aussitôt que la vitalité des parties opérées n'eut pas besoin d'être excitée. La cicatrisation des lambeaux du nez, soit entre eux, soit avec la joue, était complète dès le troisième jour; et si bien qu'il fut possible de retirer la plupart des aiguilles et de couper quelques points de suture; la cloison seule présentait une couleur rouge bleuâtre suspecte. A ce moment on enleva les tuyaux de plume qu'on avait introduits dans les narines, et on les remplaça par de petits bourdonnets de charpie huilés. Cependant le quatrième jour, la peau dont la cloison était formée s'était putréfiée, et

M. Dieffenbach se vit dans la nécessité d'en faire l'excision.

Quelques jours après, la tuméfaction du nez n'existait plus et la configuration de cet organe s'était améliorée. La longue aiguille qui traversait la joue et le nez fut enlevée le dixième jour, et on la remplaça par deux aiguilles qui restèrent dix jours attachées. On eut soin pendant ce temps de cautériser la face profonde du nez et de faire de fréquentes incisions avec de l'eau blanche. Elle se consolida peu-à-peu et se revêtit d'une espèce d'enveloppe cutanée. Plus tard, M. Dieffenbach fit une sous-cloison à ce nez en mettant à profit une bandelette de peau appartenant à la lèvre inférieure.

Les difformités partielles qui réclament l'autoplastie peuvent être rangées en deux classes; 1° les vices de conformation congéniaux; 2° les vices de conformation accidentels. Comme ailleurs j'ai parlé des uns et des autres, je n'en dirai ici que quelques mots.

Fréquemment les vices de conformation sont simples, quand ils sont déterminés par des causes accidentelles; mais presque toujours, quand ils appartiennent à une autre cause, ils sont liés à un vice de la constitution ou à une cause interne, et alors les os et les cartilages sont altérés.

Quelle que soit la cause qui ait déterminé ces fentes, ces pertes de substance, ces trous, les fosses nasales sont toujours desséchées, couvertes de croûtes, et la membrane muqueuse demeure dans un état d'injection

et d'irritation, permanent. Par cette ouverture s'échappent des liquides, de l'air expiré; les malades sont sujets à des coryzas et des douleurs de tête. On comprend avec quelle facilité l'air humide et les températures diverses agissent sur la membrane pituitaire. Enfin le lobule du nez peut avoir été abattu par une cause vulnérante ou détruit par la maladie vénérienne.

Outre les changemens manifestes que ces conformations vicieuses entraînent dans la voix, la parole, le chant, etc., j'ai fréquemment observé les incommodités qu'occasionnent ces difformités et j'ai pu apprécier leur influence sur le moral.

Dans ces derniers temps on a cherché à y remédier à l'aide de la rhinoplastie par simple déplacement ou en donnant au lambeau de certaines formes qui ont fait désigner cette manière d'opérer sous le nom de rhinoplastie composée.

Quelle que soit la forme que l'on donne au lambeau, il faut qu'il répare la perte de substance sans torsion de son pédicule. Le lambeau est donc taillé obliquement ou transversalement et de manière à pouvoir recouvrir la perte de substance en le hissant, en le tirillant sans torsion du pédicule.

M. Serre de Montpellier a réparé ainsi le lobule du nez, et a proposé de remédier au vice de conformation de la sous-cloison par la même méthode.

On procède suivant lui à la réparation de la cloison

en détachant l'extrémité nasale du lambeau emprunté à la lèvre supérieure, et appliquant ensuite son extrémité opposée à l'extrémité inférieure de la cloison, lorsque le lambeau a contracté des adhérences dans sa nouvelle position.

M. Serre préfère la réparation du lobule par la méthode française qu'il croit supérieure dans ce cas-ci, même au procédé emprunté à la méthode indienne, qui a si heureusement réussi.

Ce chirurgien dit qu'il vaut mieux emprunter le lambeau pour réparer le lobule du nez, aux côtés de cet organe, plutôt que de le tirer des joues dans le voisinage de la difformité, et de le tordre sur lui-même, ainsi que le veut M. Labat.

A l'appui de sa manière de voir, M. Serre rapporte l'observation d'une nommée Marguerite Vidal, âgée de 68 ans, bien constituée, qui se présenta à lui pour être traitée d'un ulcère cancéreux qu'elle portait depuis six ans à-peu-près, et qui avait fini par envahir le lobule du nez. Comme il ne demeurait aucun doute sur la nature du mal, le professeur de Montpellier en pratiqua l'ablation le 24 octobre 1835. Il commença par circonscrire le cancer entre deux incisions obliques pratiquées de haut en bas et de dedans en dehors, afin d'avoir un espace triangulaire dans lequel était compris l'ulcère. Cela étant fait, il disséqua à droite et à gauche les tégumens qui recouvraient le chapiteau du nez ; mais il s'aperçut que ce simple déplacement de la peau ne pourrait pas

suffire pour recouvrir la plaie, et il se décida à enlever une partie des cartilages latéraux de la cloison, en conservant toutefois leur proportion respective. Cette perte de substance étant faite, les tégumens furent rapprochés et maintenus en contact par la suture entrecoupée. La guérison fut complète et exempte de difformité.

C'est donc après avoir fait l'ablation du cancer et amoindri le squelette du nez, que le professeur put réparer la perte de substance à l'aide de la méthode autoplastique par déplacement.

Plusieurs fois j'ai réparé avec un plein succès les ailes du nez rongées par le virus syphilitique, le vice scrofuleux, ou détruites par une cause mécanique. Dans ces cas, après avoir ravivé le contour de l'ouverture accidentelle, s'il n'était pas saignant, j'ai taillé un lambeau sur la joue dans les environs de l'aile du nez en lui donnant la forme de cette dernière par deux incisions parallèles réunies par une transversale qui permettait une dissection d'avant en arrière. Je pratiquais ensuite une incision profonde dans l'épaisseur de la joue, perpendiculairement, pour permettre au lambeau de s'allonger plus facilement.

Il n'est pas aussi important qu'on pourrait d'abord se le figurer, de donner au lambeau une régularité parfaite et exactement semblable à la forme de la narine correspondante. Plus tard il est facile de lui donner la forme que l'on veut en le taillant avec des ciseaux lorsqu'il est adhérent.

Je rapporterai le fait suivant tiré de ma pratique à l'hôpital Saint-Louis :

21^e *Observation.* — Le nommé Charles Albuzy, âgé de 35 ans, entra le 28 novembre à l'hôpital Saint-Louis pour y être soigné d'une perte de substance produite par une morsure d'homme; elle occupait complètement l'aile gauche du nez et on n'apercevait plus qu'une plaie irrégulière, se rapprochant des os propres du nez. La cloison était restée intacte.

Le 30 novembre, je ravivai avec un bistouri les bords de la plaie, puis je taillai un lambeau quadrilatère aux dépens de la joue, lequel fut ramené en dedans de manière à combler l'espace résultant de la perte de substance, et fut maintenu en place à l'aide de la suture entrecoupée. Comme il existait de la tension dans le lambeau, je crus devoir la faire cesser par une incision verticale, comprise entre les deux extrémités des incisions supérieure et inférieure, et qui laissait cependant un certain intervalle, de manière à ne pas l'isoler complètement. Cette incision ne fut pas plutôt pratiquée que tout tiraillement cessa. J'introduisis alors un bout de sonde de gomme élastique entouré d'amadou pour empêcher l'affaissement du lambeau, et afin de le refouler légèrement en haut; une lame d'agaric fut appliquée sur la plaie et le tout maintenu par un bandage peu comprimé.

Le 1^{er} décembre, je levai l'appareil, et retirai la sonde qui gênait le malade.

Le quatrième jour, à la suite d'une inflammation assez vive, deux des points de suture se rompirent. Il en résulta un écartement dans certains points entre le lambeau et la plaie, mais heureusement cette désunion ne fut que partielle, et l'on put maintenir en contact les lèvres suppurantes à l'aide d'un bandage compressif qui ramenait la joue vers la ligne médiane.

Le 22 décembre, la réunion est complète, mais l'affaissement du lambeau avait rétréci l'orifice de la narine, et je lui rendis un diamètre et une forme à-peu-près semblables à ceux du côté opposé, en pratiquant sur le bord inférieur du lambeau une petite perte de substance avec des ciseaux courbes : j'ai depuis revu ce malade, la narine ne s'était pas affaissée, et j'ai trouvé le lambeau dans l'état où il était quand cet homme a quitté l'hôpital.

2^o *Vice de conformation accidentel et compliqué des ailes du nez. — Anoplastie composée.* — Je me bornerai pour toute description à rapporter une observation qui à elle seule résume tout ce qu'il y a d'important dans les réparations par la méthode française. On y verra que M. le professeur Roux a remédié à un vice de conformation de la joue, de la lèvre supérieure et de la narine en déplaçant la lèvre inférieure avec laquelle il a pu combler l'énorme perte de substance qui laissait la narine et la bouche largement ouvertes. Cette vi-

cieuse conformation était le résultat d'une gangrène symptomatique. Il est curieux de lire avec attention cette observation que nous avons rapportée textuellement, et qui apprend comment cet habile chirurgien a pu réparer une difformité aussi choquante, par le seul déplacement de la lèvre inférieure qui a servi tout à la fois à confectionner une commissure, la narine et la joue.

Dans une première opération, M. Roux refit la lèvre supérieure et la commissure du même côté en remontant la lèvre inférieure après l'avoir fendue perpendiculairement, et après avoir ravivé les restes de la lèvre supérieure correspondant au côté interne de la difformité. Quelques points de suture servirent à maintenir les surfaces en contact. Le succès de cette première opération fut complet. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu eut l'heureuse idée pour fermer l'ouverture qui restait, de dédoubler la lèvre inférieure, et de se servir d'une partie pour combler la perte de substance; malheureusement il y eut insuccès. C'est alors que M. Roux eut recours à la méthode italienne, en empruntant un lambeau à la paume de la main; les points de suture se rompirent, et la malade demeura au même point. Ce professeur plus tard revint à sa première idée et s'occupa d'inciser toute l'épaisseur de la lèvre supérieure de nouvelle formation, un peu à gauche de la ligne médiane; on put alors la hisser jusqu'à la partie supérieure de la solution de continuité déjà ravivée. Cinq points de

suture, dont un appliqué sur l'aile du nez, maintinrent les surfaces en contact. On verra en lisant l'observation que la paupière inférieure fut tirillée en bas, et que plus tard elle se redressa. Il ne demeurait plus qu'une échancrure triangulaire que l'on fit disparaître par le ravivement et l'application de deux points de suture.

22^e *Observation.* — « Stéphanie Joly, âgée de 22 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 11 avril 1826, offrant l'état suivant : la plus grande partie de la joue gauche était détruite; une portion assez grande de l'os maxillaire supérieur et une plus grande encore des parties molles correspondantes étaient comprises dans cette large solution de continuité, qui établissait une communication permanente avec l'intérieur de la bouche, et dont les limites étaient en dedans la ligne médiane du visage, en dehors une ligne tirée par la pensée de l'angle externe de l'œil perpendiculairement à la mâchoire inférieure; en bas, la lèvre inférieure, et en haut une ligne transversale qui aurait passé à 4 ou 5 lignes environ au-dessous du bord inférieur de l'orbite. Pourtant cette ouverture n'était point quadrilatère; elle avait au contraire la forme d'un triangle irrégulier à angles arrondis, et laissait apercevoir d'abord l'intérieur de la narine gauche et la cloison médiane des fosses nasales, l'aile du nez étant en partie détruite et ce qui restait étant libre et relevé; plus profondément le côté gauche de la langue presque jusqu'à la base et environ la

moitié de la voûte palatine et l'intérieur du sinus maxillaire. On voyait en outre aux deux extrémités de l'échancrure osseuse une dent incisive et une molaire.

Cette jeune fille dont l'intelligence était assez développée nous raconta que cette grave altération était le résultat d'une maladie qu'elle avait éprouvée deux ans auparavant. Il paraît qu'elle avait eu une fièvre putride durant laquelle les accidens cérébraux mirent ses jours en danger, et qui fut accompagnée ou suivie d'un anthrax au niveau de la fosse canine de la joue gauche qui devint à cette occasion le siège des désordres ci-dessus mentionnés. La malade désireuse d'être délivrée à quelque prix que ce fût des soucis que lui causait une difformité aussi grave, réclamait avec instances les secours de la chirurgie.

Du côté du nez et de l'orbite les parties étaient peu extensibles et peu vivantes, la lèvre supérieure manquait entièrement. Du côté externe au contraire les tissus étaient mobiles et épais. En second lieu, la solution de continuité était trop grande pour qu'on pût avoir l'idée d'en obtenir en un seul temps l'obturation complète. Il était évident que, pour atteindre ce but, si toutefois il y avait lieu de l'espérer, plusieurs opérations consécutives seraient nécessaires. Or voici comment M. Roux pratiqua avec une rare persévérance celles que je vais rapporter.

Première opération faite le 20 avril. — Dans le but d'aviver le bord interne de la solution de continuité,

on commença par enlever une couche mince de la cicatrice ; ensuite une incision fut pratiquée perpendiculairement sur la lèvre inférieure, de l'étendue équivalente à la hauteur de la lèvre supérieure. Celle-ci, rafraîchie comme je viens de le dire était propre à être mise en contact avec le bord interne de la nouvelle division ; rapprochement qui fut en effet opéré sur-le-champ et maintenu au moyen de 3 épingles et d'un petit cordon de fil constituant la suture entortillée. De cette manière, la moitié gauche de la lèvre supérieure détruite se trouvait remplacée par une pièce empruntée à la lèvre inférieure, et la limite de l'incision faite à cette dernière devenait la commissure gauche de la bouche, rétrécie d'environ un tiers.

Les trois jours suivans, la malade n'éprouva autre chose que la douleur éprouvée en pareil cas et le gonflement des parties environnantes ne dépassa pas les limites convenables pour leur adhésion.

Le quatrième jour, les épingles et le fil furent enlevés ; la réunion parut parfaite ; elle fut maintenue et fortifiée à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage semblable à celui que l'on emploie pour le bec de lièvre.

Ainsi, au lieu de cette large ouverture cintrée qui communiquait avec l'intérieur de la bouche, il ne restait par le bénéfice de la première opération qu'une sorte de fenêtre arrondie, très grande encore à la vérité et qu'il paraissait bien difficile de fermer complètement.

Deuxième opération. — La lèvre supérieure reconstruite pouvait bien être portée vers le point supérieur de la circonférence de l'ouverture; mais supérieurement les parties molles étant adhérentes à ce qui restait de l'os maxillaire, il fallut commencer par les disséquer dans une étendue de 3 à 4 lignes. Ensuite une incision fut pratiquée à partir du bord externe de l'ouverture, transversalement dans l'épaisseur de la joue; alors les parties eurent assez de laxité dans tous les points pour être mises en contact, ce qui fut fait après l'avivement préalable. L'union fut maintenue par la suture entortillée et un bandage convenable.

Tout portait à espérer que l'adhésion aurait lieu; mais le lendemain de l'opération, un malaise général, une céphalalgie violente, de la fièvre survinrent chez la malade, une tuméfaction érysipélateuse se manifesta, et au moment où l'on ôta les aiguilles les parties se désunirent. Quelque temps après, une nouvelle cicatrice se forma au bord de l'ouverture, et les choses revinrent dans l'état où elles étaient avant l'opération.

Troisième opération. — On se comporta dans celle-ci à quelques modifications près comme dans la précédente; on parvint de la même manière à mettre les parties en contact, quoique cependant elles parussent être dans une plus grande tension, et c'est à cette circonstance qu'on dut l'écartement de la division lorsqu'on voulut retirer les épingles. L'insuccès fut

aussi complet que précédemment, et de plus les parties avaient perdu tout ce qu'il avait fallu en retrancher pour l'avivement des bords. Pour tenter une nouvelle opération que la malade réclamait avec autant d'instance que la première fois, il fallait nécessairement emprunter quelque part un supplément de tissus.

Quatrième opération.— M. Roux se décida alors à doubler de bas en haut toute la lèvre supérieure que nous avons vue avoir été faite aux dépens de l'inférieure. En relevant ce lambeau et rafraîchissant toujours les bords de l'ouverture, celle-ci se trouvait exactement obturée. La suture servit encore cette fois à maintenir les parties en rapport ; de la sorte, la membrane muqueuse buccale formait une partie de la paroi externe de la joue. L'expérience portait à présumer qu'elle pourrait acquérir par la suite à-peu-près toutes les conditions de la peau. Malheureusement cette nouvelle tentative ne servit qu'à faire ressortir l'adresse de l'opérateur ; la patiente n'en retira aucun avantage, car l'adhésion ne se fit point.

Cinquième opération.— Cédant encore aux sollicitations de la malade, M. Roux prit une voie toute différente pour arriver au but : c'est à la paume de la main qu'il emprunta la pièce qui devait servir à fermer l'ouverture de la joue. Pour cela il disséqua d'abord dans l'éminence hypothénar un lambeau de peau de la grandeur et de la forme convenables, en laissant toutefois un pédicule de quelques lignes de largeur. D'un autre côté, la moitié supérieure de la

circonférence de l'ouverture fut rafraîchie et réunie ensuite avec le lambeau de la main, relevé de telle sorte que sa face interne devait fermer la paroi interne de la joue. Six ou sept points de suture séparés maintinrent les choses en place; un bandage approprié assujettit la main et le bras contre la joue et le tronc. Il n'est pas besoin de dire que le projet ultérieur de chirurgien était de couper le pédicule, et de le réunir à la partie inférieure de la circonférence de la solution de continuité. Pendant les trois premiers jours les choses se passèrent de façon à faire concevoir les plus belles espérances; le lendemain elles furent toutes déçues. La malade, agitée par des rêves pendant la nuit, avait exécuté des mouvemens violens; tous les points de suture étaient déchirés.

On était alors à la fin de l'automne, la saison était pluvieuse et froide; il fallut renoncer pour quelques mois à toute entreprise de guérison. Il convenait d'ailleurs d'attendre que les tissus eussent perdu la densité que leur avait fait perdre plusieurs cicatrifications.

Sixième opération. — Le 27 mars 1827, la malade avait pris de l'embonpoint; les parties molles de la joue avaient acquis plus de souplesse et d'épaisseur; la bouche offrait presque les dimensions naturelles et l'ouverture accidentelle s'était rétrécie surtout dans le sens vertical. Toute l'épaisseur de la nouvelle lèvre supérieure fut incisée perpendiculairement, un peu à gauche de la ligne médiane et portée au bord su-

périeur de la solution de continuité préalablement avivée; elle y fut maintenue par cinq points de suture entortillée, dont un comprenait l'extrémité libre de l'aile du nez. Pendant l'opération la jeune fille éprouva quelques symptômes nerveux, hystériformes qui ne durèrent que peu d'instans.

Jusqu'au quatrième jour il se manifesta de la céphalalgie, un gonflement assez considérable des lèvres qui furent combattus convenablement. On ôta toutes les épingles à l'exception de celle qui traversait l'aile du nez, et qu'on ne retira que le cinquième jour. La réunion parut complète dans tous les points et fut confirmée par la suite.

Cette traction des parties que nécessita leur rapprochement, produisit un léger renversement de la paupière inférieure, et il restait en bas une échancrure triangulaire limitée en dedans par le bord incisé de la lèvre supérieure, en haut par la cloison nasale, et en dehors par la direction oblique de la portion de lèvre portée en haut.

Septième opération. — Un mois après la dernière opération, on voulut couronner l'œuvre en faisant disparaître l'échancrure que je viens d'indiquer. Comme dans tous les cas précédens, les bords furent excisés, et deux points de suture les maintinrent en contact pendant trois jours, après lesquels l'adhésion fut complète. Il restait un froncement de la peau avec une dépression assez marquée vers le centre de la cicatrice; la bouche aussi était étroite, et la lèvre

inférieure trop longue par rapport à la supérieure, formait une espèce de gouttière. Mais toutes ces parties ne tardèrent pas à s'étendre; la paupière inférieure reprit sa direction naturelle, la bouche s'agrandit aussi convenablement. Enfin, la malade sortit de l'hôpital très satisfaite de son état.

« Chacun concevra maintenant, dit M. Roux, pour-
« quoi je tenais tant à mettre ce fait en relief; il
« serait en effet difficile de trouver dans les annales
« de l'art une opération qui parlât plus haut en fa-
« veur de l'autoplastie faciale.

« Et comment suis-je parvenu à un résultat aussi
« extraordinaire? ajoute le même auteur. En faisant
« un emprunt à la lèvre inférieure, en formant d'une
« portion de toute l'épaisseur de cette lèvre un lam-
« beau que j'ai fait cheminer successivement de bas
« en haut, et qui, amené d'abord au niveau de la lèvre
« supérieure et ayant concouru pendant un certain
« temps à former cette lèvre, en a été ensuite détaché
« pour être mis au niveau du nez et de la partie la
« plus élevée de la joue, de telle sorte que les parties
« qui forment maintenant l'aile gauche du nez et la
« partie correspondante de la joue ont appartenu au-
« trefois à la lèvre inférieure. Après un tel triomphe
« obtenu par l'art, je serais tenté de prétendre qu'il
« n'y a rien d'impossible en fait de restauration de
« la face. »

Jusqu'à présent je n'ai parlé que des réparations partielles et de la manière de combattre les diffor-

mités du nez par affaissement de cet organe. Il reste à examiner le cas où l'on peut remédier à la perte totale du nez par la méthode française.

3° *Réparation de la totalité du nez par la méthode française.* — Quoi qu'en aient dit les rédacteurs des *Notes chirurgicales* de M. Dieffenbach, la rhinoplastie par déplacement a commencé en France et non en Allemagne, et je crois pouvoir affirmer que dans aucun auteur étranger il n'en est question, et que les ouvrages n'ont décrit que le procédé qui consiste à remédier à l'écrasement du nez en formant un chapeau à cet organe par le rapprochement de couches organiques qui forment ainsi par leur adossement une voûte (une voussure) que l'on maintient rapprochée par la suture jusqu'à guérison. Cette manière de faire est bien différente de l'autoplastie par déplacement qui a pour caractère fondamental le changement de place de la peau disséquée, dépliée et tirillée pour recouvrir une surface saignante ou réparer une perte de substance voisine des tégumens décollés.

On ne connaît en réalité, jusqu'à présent, qu'un seul fait de rhinoplastie complète pratiquée par la méthode française. Ce fait appartient à M. Labat, à l'ouvrage duquel j'ai emprunté la description (1).

23° *Observation.* — « Une femme, âgée de 30 ans, entra à l'hôpital de la Pitié, présentant une perte

(1) *De la Rhinoplastie.* Paris, 1834, p. 442.

de la pointe du nez que remplaçait une ouverture hideuse qui laissait à découvert toute la partie antérieure des fosses nasales. La peau calleuse et adhérente aux bords de cette cavité, se repliait en dedans, pour se continuer vers la muqueuse. La cloison déjetée à droite obstruait totalement l'ouverture antérieure de la narine de ce côté. La malade raconta que, très jeune encore, elle avait été gravement affectée de la petite-vérole, dont elle portait de profondes empreintes sur la figure, et par suite desquelles les paupières de l'œil gauche avaient éprouvé un éraillage considérable; mais ce ne fut qu'à l'âge de 17 ans qu'un ulcère lui détruisit le lobe nasal.

« M. Lisfranc conçut le projet de détacher de chaque côté du nez un lambeau de peau triangulaire dont la base serait dirigée vers la bouche, tandis que le sommet resté adhérent et devant servir de pédicule correspondrait à l'angle interne des yeux. Les deux lambeaux disséqués devaient être rapprochés et réunis sur la ligne médiane du nez.

« Avant de procéder à l'opération, on eut soin de rétablir l'ouverture antérieure de la fosse nasale droite en détruisant, par le moyen du bistouri, les adhérences qui maintenaient la cloison déjetée de ce côté.

« Une incision fut pratiquée de chaque côté sur la peau des joues; elle partait de 3 lignes au-dessous et en dedans du grand angle oculaire, et venait se

terminer obliquement, en bas et en dehors, au niveau de la limite inférieure de l'ouverture nasale. On détacha du pourtour de cette cavité les débris de peau qui étaient repliés et adhérens à toute l'étendue du bord interne; ils furent égalisés et rafraîchis, afin de pouvoir être réunis vers la ligne dorsale du nez. Une section transversale partant de l'extrémité inférieure de l'incision externe et se rendant à celle qui avait été pratiquée pour décoller les bords cicatrisés du tronçon nasal, sépara la base du lambeau de la partie supérieure de la lèvre, ce qui facilita la dissection de cette portion triangulaire de la peau. La même manœuvre fut répétée de chaque côté, et nécessita la ligature de plusieurs artérioles. Les deux lambeaux qui en résultèrent furent réunis l'un à l'autre au moyen de trois points de suture et servirent à former le bout du nez.

« Il s'agissait ensuite de réunir les joues au bord externe de chacun de ces lambeaux; mais comme il résultait de ce rapprochement que la lèvre supérieure avait trop d'étendue en largeur, on remédia à cet inconvénient en retranchant à droite et à gauche une portion labiale de forme triangulaire. On procéda à cette partie de l'opération au moyen de deux incisions dont l'une, dit l'auteur, partait du point de terminaison de l'incision latérale, et se dirigeait obliquement en dehors et en bas, et l'autre partait de quelques lignes en dedans du bord saignant de la lèvre supérieure et allait se

réunir à la terminaison de la première. Les joues furent disséquées dans une étendue suffisante pour favoriser leur rapprochement vers les bords externes des lambeaux où elles furent maintenues en rapport au moyen de trois points de suture. Deux autres points de suture placés de chaque côté fixèrent le bord saignant de la lèvre supérieure à la partie correspondante de la joue; enfin le vide laissé par l'ablation de la portion de peau triangulaire fut comblé, et le nez se trouva raccourci à l'exception de la cloison que M. Lisfranc était dans l'intention de faire plus tard, en empruntant un lambeau longitudinal au centre de la lèvre supérieure pour le contourner et le réunir au point inférieur et antérieur de l'extrémité nasale.

« Cette opération n'aurait eu pour résultat que de clore l'ouverture antérieure des narines si, avant de coudre les parties latérales des lambeaux, l'opérateur n'avait eu soin de placer deux tampons de charpie en avant des fosses nasales, afin de faire saillir le dos du nez.

« L'opération dura trois quarts d'heure, tant à cause des nombreuses ligatures qu'il fallut pratiquer, que des soins minutieux qu'exigea la dissection de la peau qui adhérait à la circonférence de l'ouverture : en outre, douze ou treize points de suture furent indispensables pour maintenir les parties dans un parfait contact.

« Le lendemain, la face était tuméfiée, le nouveau

nez paraissait au niveau des joues : une saignée fut jugée convenable.

« Le troisième jour, le visage était rouge et douloureux ; l'inflammation s'était irradiée jusqu'aux paupières ; une deuxième saignée fut pratiquée.

« Le quatrième jour, l'engorgement inflammatoire avait diminué ; les plaies commencèrent à se réunir par première intention, sauf un point de suppuration qui s'établit du côté de l'aile droite. »

§ IV. — *Examen des procédés.*

Pour terminer ce qui a rapport à la rhinoplastie, il convient de donner en peu de mots l'appréciation des procédés et le parallèle des méthodes. Cette étude est fondée sur l'examen comparatif des faits, du *modus faciendi* et des résultats.

1° *Appréciation des procédés de la méthode indienne.*

Tel qu'il est sorti des mains de ses inventeurs, le procédé indien ou des Koomas, qui a servi de modèle à tous les procédés opératoires modernes, est surtout caractérisé par une torsion prononcée du pédicule. On s'est peu occupé de la difformité qui en résulte : on voit aussi qu'on ne se servait pas de la suture et, lorsqu'on y avait recours, ce n'était qu'exceptionnellement. Aussi devait-on souvent manquer le but et avoir des difformités par suite de réunions aussi imparfaites.

Les chirurgiens de nos jours auraient dû se préoccuper davantage de cette imperfection et y remédier

en admettant la suture comme indispensable dans de pareilles circonstances. Ainsi M. Lisfranc, dans une rhinoplastie, a cru devoir se borner à la compression et à l'application de bandelettes agglutinatives. Il s'est abstenu d'employer la suture, et c'est là peut-être la cause pour laquelle le nez de son malade a été si difforme.

Carpüe et Delpech conseillent la suture, et ce dernier aime mieux la suture entortillée. Pour moi, l'expérience m'a appris qu'ici la suture entrecoupée était préférable, parce qu'elle est plus simple et qu'elle comprime une moins grande étendue de tissus.

M. Labat, dans la rhinoplastie qu'il a pratiquée, a eu recours à quatre points de suture entrecoupée.

Les recherches des modernes ont porté principalement sur la forme des incisions, sur la conservation ou la section du pédicule, et enfin sur l'utilité de la suture et la nécessité de conserver les gros vaisseaux sanguins, ou de les détruire. On a pu voir par la description des procédés opératoires, que les modifications des modernes n'ont roulé que sur un point en tant que procédés de la méthode indienne.

Ne voyons-nous pas la plupart des chirurgiens s'efforcer de faire disparaître la difformité que la torsion du pédicule produit, tantôt en conseillant et en en pratiquant la section, comme l'ont fait Delpech et M. Serre de Montpellier, tantôt en le cachant au milieu des chairs de la racine du nez

comme M. Dieffenbach, tantôt en lui faisant décrire une espèce de demi-arc de cercle à l'aide duquel on prévient plus ou moins la torsion, ainsi que l'ont fait MM. Lisfranc, Blandin et Labat, avec quelques modifications dans la manière d'agir, pour le reste du procédé opératoire, tantôt enfin comme le veut M. Velpeau, on a procédé en coupant le lambeau très haut, en le redressant, le taillant en triangle à pointe et en le nichant dans une échancrure faite dans les parties molles où il doit être maintenu par des points de suture.

C'est le hasard qui a mis M. Labat sur la voie de l'incision oblique qui prévient en partie du moins, la torsion du pédicule. C'est dans le but de conserver tout entière la circulation dans le lambeau et d'appliquer plus facilement surface saignante contre surface saignante, que MM. Lisfranc et Blandin ont eu recours aussi à cette même modification. Quoi qu'il en soit, cette incision est une incontestable amélioration du procédé indien, qu'il importe de conserver dans la science et de généraliser. Toutefois, c'est surtout lorsqu'il s'agit de conserver le pédicule, que cette incision devient nécessaire afin d'effacer ce qu'il peut y avoir de trop choquant dans la saillie qu'il formerait sans cela. MM. Labat et Blandin ont trouvé le moyen de rendre cette saillie encore moins prononcée ou de l'effacer à-peu-près. On sait que M. Labat sur son malade a ravivé légèrement la partie du pédicule qui n'adhérait pas, et qu'il l'a fixée sur l'extrémité terminale des

lèvres de l'incision. Cette innovation me semble utile et indispensable même lorsqu'il n'y a pas eu de réunion dans le point de la courbure du pédicule. M. Blandin a cru pouvoir effacer toute difformité en ravivant à-peu-près de la même manière que M. Labat, les côtés du pédicule non adhérent, et en excisant une portion de peau de l'apophyse montante pour y coucher le côté correspondant du pédicule qui y fut maintenu par une douce compression. La réunion se fit parfaitement. « A l'aide du bistouri, les bords déjà « cicatrisés furent avivés, de même que ceux de la portion de peau correspondante qui reposait de chaque « côté sur l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur; cela étant fait, les parties avivées furent « maintenues en contact au moyen d'un bandage légèrement compressif, et quelques jours après, la « réunion fut parfaite. »

Jusqu'ici tout est rationnel et les modificateurs du procédé indien ne sont pas en contradiction avec eux-mêmes, mais il n'en est pas de même de M. Dieffenbach qui couche d'abord le pédicule dans une gouttière faite à la racine du nez et qui n'y touche pas jusqu'à ce qu'il soit devenu vasculaire et adhérent, et ce n'est qu'à dater de ce moment qu'il excise la partie saillante du pédicule et qu'il a l'avantage, dit-il, après la guérison d'avoir un nez presque naturel. Il faut avouer en faisant la part de l'exagération que c'est bien compliquer la rhinoplastie. C'est ajouter, en effet, une incision et l'excision à la rhinoplastie

proprement dite. Aussi me semble-t-il bien préférable de tailler un lambeau, et de prolonger assez une incision oblique pour rendre la torsion du pédicule peu considérable. MM. Blandin, Labat et Lisfranc ont principalement pour but, en ne pratiquant pas la section du pédicule de conserver au nouveau nez une grande régularité que l'on ne peut pas espérer lorsque la section a été faite, le nez tendant à tomber ou à s'affaisser sur la lèvre supérieure.

Sans nier les bons effets de la conservation du pédicule, je crois qu'on les a exagérés. MM. Serre et Delpech qui ont coupé le pédicule, ont eu cependant des nez bien conformés. J'ajouterai que cette section devient tout-à-fait nécessaire dans certaines circonstances, surtout quand on a emprunté un lambeau à la joue par la méthode indienne. Sans cela la joue serait trop tirillée. M. Serre après avoir fait la section du pédicule, l'a greffé sur la racine du nez, et pour moi, je pense que cette fixation est bien préférable à sa conservation.

Un mot maintenant sur le choix du siège du lambeau.

Le lambeau a presque toujours été, comme on le sait, emprunté au front et quelquefois aux joues, et l'on sait qu'il en résulte une cicatrice plus ou moins visible.

Pour prévenir cette difformité, M. Dieffenbach a conseillé d'emprunter le lambeau au sinciput, c'est-à-dire au cuir chevelu; mais j'observerai d'abord que

la cicatrice du front est en général très peu choquante, et ensuite que l'existence de poils sur le lambeau est un inconvénient assez notable; pour le prouver, il suffirait de rappeler les nombreuses objections qui auraient pu être faites dans ce sens. M. Dieffenbach dit que les cheveux après avoir été enlevés, cessent de croître, blanchissent et tombent en peu de temps.

Je m'élève formellement contre ces assertions, car l'expérience les a complètement démenties, j'ajoute en outre que le fait avancé par M. Dieffenbach serait physiologiquement inexplicable, puisque la peau a conservé en entier sa structure et sa vitalité et que fréquemment même celle-ci devient plus considérable. Ne sait-on pas d'ailleurs que les expériences de Baronnio, Hunter et Duhamel réfutaient d'avance une semblable théorie, j'oserai dire de pareilles erreurs, les auteurs célèbres qui se sont occupés avec succès des transplantations de tissus ont remarqué que sur le lambeau de la peau transplantée, continuaient à croître plumes, duvets, poils, etc., suivant l'espèce d'animal sur lequel on avait opéré. M. Labat n'a-t-il pas vu sur son opéré Lanelongue des cheveux plus ou moins crépus naître sur la cloison du lambeau emprunté au cuir chevelu. Ces faits sont si bien établis, qu'ils apprennent à l'opérateur qu'il ne doit avoir recours aux lambeaux empruntés au cuir chevelu, que dans les cas où il ne peut faire autrement.

De tous ces procédés il faut préférer le plus sim-

ple, celui qui permet d'appliquer surface saignante contre surface saignante sans obstacle et qui permet à la circulation de se faire dans le lambeau. C'est par conséquent le procédé indien avec le lambeau emprunté au front circonscrit par deux incisions, dont l'une plus longue avec l'emploi de la suture entrecoupée ou entortillée; les autres moyens de réunion paraissent tous insuffisans ou nuisibles.

2° Procédés de la méthode italienne.

Les modifications de Graefe sont si peu importantes qu'en réalité le procédé de Tagliacozzi est resté le même. Notre appréciation ne pourrait porter ici que sur les quelques frictions faites sur la place où le lambeau doit être pris, tout en les considérant comme utiles, je ne saurais y voir un procédé nouveau.

3° Procédés de la méthode française.

Parmi ces procédés, ceux qui consistent dans le simple décollement, sont évidemment préférables à ceux qui comprennent le décollement et la confection d'un lambeau taillé dans différens sens.

§ V. — Examen comparatif des méthodes.

Quoi qu'en ait dit M. Serre de Montpellier, la méthode indienne doit être préférée, lorsqu'il s'agit d'une perte de substance considérable s'étendant à la moitié ou la totalité du nez. En règle générale le lambeau doit être pris aux dépens du front et exceptionnellement aux dépens de la joue lorsque les tégumens fron-

taux auront été détruits d'une manière quelconque. Enfin, on pourrait emprunter au cuir chevelu le lambeau dans des circonstances difficiles. Malgré les avantages de la méthode indienne, je ne cesse de répéter qu'on ne peut pas admettre d'une manière exclusive, une seule méthode. C'est ainsi que l'on sera appelé à faire un nez aux dépens de l'avant-bras ou du bras par la méthode italienne dans les cas où la méthode indienne aura échoué, ou dans des circonstances particulières où les malades refuseront de se laisser faire un nez aux dépens du front ou de la face. On ne devra pas manquer de faire remarquer au malade les avantages de la méthode indienne, sous le rapport de l'exécution, de la durée de l'opération et des résultats. Quant à la méthode française, elle convient principalement aux difformités partielles du nez. Elle convient surtout pour les pertes de substance des narines, du lobule du nez et même de la cloison. L'excessive vascularité de la peau du nez permet lorsqu'il existe encore une assez grande quantité de tégumens qu'on puisse décoller, d'obtenir une agglutination prompte et une réparation de la perte de substance. S'il n'existait pas un lambeau de tégumens suffisant, on pourrait diminuer le volume du nez en retranchant des cartilages, ainsi que l'ont fait M. Serre et plusieurs autres chirurgiens.

J'ai fait voir que l'on pouvait aussi très facilement réparer une narine en totalité avec un lambeau emprunté à la joue et par simple déplacement; mais les répa-

rations totales par la méthode française me semblent d'une difficile exécution; et elles doivent être en général incomplètes, ainsi que cela est arrivé pour le fait de M. Lisfranc, ou être suivies de difformités nasale et faciale choquantes.

CHAPITRE IV.

GÉNOPLASTIE OU RÉPARATION DES JOUES.

Les joues peuvent être détruites superficiellement ou dans toute leur épaisseur. Ces pertes de substance superficielles ou profondes réclament le secours de l'autoplastie mais elles le réclament à des degrés différents.

Pour trouver un exemple remarquable de réparation de la joue, il faut remonter jusqu'à Franco. Ce fait a été exposé très au long en parlant de la méthode française.

Franco n'a point trouvé d'imitateurs. Les modernes seuls se sont occupés d'une manière suivie de réparer les difformités des joues, et c'est à l'école de Montpellier et particulièrement à MM. Lallemand et Delpech que sont dues les premières recherches.

C'est principalement au premier de ces praticiens distingués que la chirurgie plastique est redevable. Après MM. Lallemand et Delpech, le professeur Roux et MM. Serre de Montpellier, Blandin, etc., ont contribué aux progrès de cette partie importante de l'autoplastie.

Les joues sont rarement attaquées seules soit par des agens extérieurs soit par des affections constitutionnelles et des lésions organiques de différentes espèces. Presque toujours les lèvres, le menton, les ailes du nez, ou les côtés de la face participent plus ou moins aux mêmes désordres.

La pustule maligne lorsqu'on n'arrête pas sa marche, gangrène toute l'épaisseur de la joue et détermine une perte de substance qui laisse après la guérison une ouverture de forme variable qui ne peut être réparée que par l'autoplastie. M. Lallemand de Montpellier en a rapporté un exemple.

D'autres fois les joues sont détruites, désorganisées par une gangrène spontanée comme cela arriva chez la jeune malade dont j'ai rapporté l'observation si remarquable à propos des difformités du nez. Enfin les maladies syphilitiques, cancéreuses et scrofuleuses peuvent produire des pertes de substance d'étendue variable qui obligent à réparer la difformité lorsque la cause spécifique a été entièrement anéantie.

Les lésions physiques beaucoup plus rarement que celles que nous venons d'énumérer donnant lieu à des déperditions de substance, exigent le secours de l'autoplastie. Ainsi après les plaies d'armes à feu on voit en général des bourgeons se former et une végétation active combler souvent très rapidement les espaces qui au premier abord semblaient devoir laisser à leur suite des difformités, des fentes, des trous irréparables. La vitalité nerveuse et vasculaire est si

active à la face que de grands dégâts se réparent avec une incroyable rapidité. Cependant j'ai vu quelquefois de petites fistules salivaires, des ouvertures plus considérables même exiger une opération autoplastique.

On comprend qu'une perte de substance exige de prompts secours pour s'opposer par exemple aux conséquences graves d'une déperdition continuelle de la salive, ou lorsqu'elle laisse l'air entrer et sortir incessamment à travers la cavité buccale qui est ainsi desséchée; lorsque enfin elle laisse d'une manière choquante les gencives et les dents à découvert.

Je diviserai ce que j'ai à dire sur la génoplastie en deux parties : dans l'une je traiterai de la génoplastie superficielle, dans laquelle on se borne à réparer la surface de la joue et dans l'autre de la génoplastie profonde, dans laquelle il faut pratiquer une réparation complète d'une partie ou de la totalité de la joue désorganisée ou détruite dans toute sa profondeur.

1° *Génoplastie superficielle.* — L'autoplastie superficielle est tout aussi importante que l'autoplastie profonde en ce qu'elle prévient une difformité en réparant une perte de substance. Personne avant moi n'a suivi cette marche qui est à mon sens éminemment pratique.

Je commencerai par rapporter une observation d'autoplastie superficielle de la joue pratiquée par la méthode française. Cette observation a été recueillie par M. Rozé, mon interne.

24^e Observation. — Tumeur encéphaloïde ulcérée de la joue droite. — Ablation de la tumeur. — Autoplastie à doubles lambeaux par déplacement. — Guérison. — La nommée Marie-Denise Saint-Paul, âgée de 54 ans, évantailliste, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 8 mars 1847. Cette femme d'un tempérament lymphatico-sanguin fut mal réglée jusqu'à l'âge de 30 ans. A partir de cette époque les règles parurent avec une régularité qui ramena la santé qui avait toujours été chancelante. Les parens de cette malade ont succombé, la mère à un âge très avancé et le père est mort jeune. Elle n'a ni frère ni sœur et n'a jamais eu qu'une fille qui est morte l'année dernière, quinze mois après un accouchement laborieux dont elle n'a jamais été complètement rétablie.

Il y a six ans environ, il apparut sur le milieu de la joue une petite grosseur très dure, indolente même à une forte pression et qui occasionnait seulement de temps en temps des démangeaisons assez intenses. Elle conserva le même volume et le même aspect pendant environ dix-huit mois; au bout de ce temps, il survint au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure deux abcès dont l'un s'ouvrit spontanément, tandis que l'autre fut vidé à l'aide du bistouri. En même temps, la tumeur de la joue prit un volume plus considérable. Lorsque les abcès furent cicatrisés, le médecin que la malade avait consulté, dans le but de faire disparaître la tumeur, la

cautérisa avec la pierre infernale, et appliqua dessus de la pommade dans laquelle entrain de la potasse. Après une vingtaine de cautérisations la tumeur parut disparaître complètement : mais au bout de quinze jours elle reparut dans le même point, et fut constituée d'abord par un petit bouton, espèce de verrue en tout semblable à celle que la cautérisation avait fait disparaître. On attaqua cette nouvelle tumeur par le même moyen, et il n'eut pas le même résultat avantageux. Pensant qu'elle était due à une dent cariée, le médecin en pratiqua l'extraction qui n'eut aucun résultat. Ce fut alors qu'il se décida à appliquer sur la base de la tumeur une ligature fortement serrée, laquelle ne tomba qu'au bout de quatre mois; Pendant tout ce temps, elle fut le siège de douleurs intenses, exaspérées quand la malade ouvrait la bouche; les mouvemens d'abaissement et d'élévation de la mâchoire inférieure étaient gênés. Lorsque les parties comprises dans la ligature furent tombées, on put constater qu'au-dessous il existait une altération qui fournissait du sang.

La malade résolut de ne plus se soumettre à aucun traitement. C'est alors que la tumeur prit beaucoup de développement et que les douleurs lancinantes empêchèrent la malade de prendre du repos.

Depuis que les règles sont supprimées, la malade aux époques menstruelles voit la tumeur augmenter de volume et les douleurs devenir plus aiguës.

Enfin, après avoir beaucoup trop attendu, elle se

décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis le 8 mars 1847. On constate alors l'état suivant :

A la partie moyenne de la joue il existe une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, irrégulière, formée par trois lobes séparés à la surface et réunis par leur base. Chaque lobe est lui-même formé par de petites bosselures qui donnent à la tumeur l'apparence d'une grenade : chacune de ces bosselures est rouge, fongueuse, saigne avec la plus grande facilité et sécrète un pus ichoreux et fétide. Cette grosseur occupe la partie moyenne et inférieure de la joue. Supérieurement, elle n'en dépasse pas le milieu, tandis qu'inférieurement, elle s'étend jusqu'à la partie la plus déclive de la mâchoire ; en dedans elle a envahi les tissus de la joue jusqu'à un centimètre environ de la commissure labiale ; en dehors elle s'étend presque jusqu'au niveau du bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Il résulte de là que son point d'implantation est constitué par une surface circulaire qui a environ 4 centimètres de diamètre. Considérée dans son ensemble, la surface extérieure de la tumeur qui est irrégulièrement circulaire, offre une étendue beaucoup plus considérable, puisque son diamètre serait de 6 centimètres. Sa consistance n'est pas la même dans tous les points. Dans certains endroits, en effet, elle est dure, tandis que dans d'autres elle est molle et donne la sensation d'un corps fongoïde. Elle n'a d'ailleurs contracté aucune adhérence avec les parties solides. En introduisant le doigt

dans l'intérieur de la bouche, il est facile de s'assurer que la membrane muqueuse buccale est parfaitement saine, et n'a contracté aucune adhérence avec les parties environnantes.

Après avoir reconnu tous les caractères d'une tumeur encéphaloïde, je résolus de l'extirper, et l'opération eut lieu le 27 mars, la malade ayant été suffisamment préparée pour la subir. Comme cette extirpation devait avoir une certaine durée, et je pouvais avoir besoin de la volonté de la malade qui d'ailleurs était courageuse et résignée, je jugeai inutile de la soumettre à l'action de l'éther.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Après avoir cerné de toutes parts la tumeur au moyen d'une incision circulaire, je la disséquai en ayant soin de ménager la muqueuse buccale. Toutes les artères furent immédiatement liées. L'altération étant enlevée, on aperçut, dans le point qu'elle occupait, une énorme perte de substance de forme à-peu-près quadrilatère qu'il s'agissait de réparer. Voici comment je parvins à combler la perte de substance.

Nous avons dit tout-à-l'heure que la plaie résultant de l'opération était à-peu-près quadrilatère, de telle sorte qu'elle avait deux bords, le supérieur et l'inférieur, transversaux et deux bords latéraux perpendiculaires. Je prolongeai au moyen de quatre incisions longues de 3 à 4 centimètres environ ces deux bords latéraux; deux de ces incisions étaient

supérieures, l'une interne dans la direction de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, l'externe gagnait la région de la pommette. Les deux autres étaient inférieures et s'étendaient parallèlement l'une à l'autre dans la région du cou. Cela fait, je disséquai les deux lambeaux quadrilatères qui se regardaient, et qui par suite de leur élasticité prêtèrent assez pour venir se mettre en contact l'un avec l'autre sans qu'il existât de tiraillement forcé. A l'aide de quatre points de suture entrecoupée, je les réunis par leur extrémité libre, et réparai ainsi d'une manière presque merveilleuse cette énorme perte de substance. Cependant, vers la partie la plus déclive de l'incision interne et inférieure, existait une portion du lambeau qui était tendue assez fortement. Je prolongeai alors l'incision de ce côté de 1 centimètre environ; à l'instant même, toute tension cessa.

L'opération terminée, on pansa avec de l'agaric, et on exerça sur les parties une compression régulière et méthodique dans le but de faciliter le recollement des tissus. Puis la malade est reportée dans le lit, et on a soin de maintenir la tête fortement élevée et inclinée en avant, de manière à éviter le tiraillement des lambeaux (tilleul édulcoré, diète).

La dissection de la tumeur justifia le diagnostic qui avait été porté; elle était en effet entièrement formée de produit encéphaloïde, ramolli dans quelques points, et présentant dans certains endroits des épanchemens de sang.

Le 28 mars, la malade va très bien. A la levée de l'appareil, on constate qu'il n'y a pas eu de tension ni d'inflammation. Les extrémités des deux lambeaux continuent à être dans un contact parfait. La plaie est pansée simplement avec un linge cératé (pil. op. 0,04.)

Le 30, l'état de la malade continue à être satisfaisant. Les deux lambeaux sont réunis par première intention dans toute leur portion externe; mais vers la partie interne il existe un léger écartement.

Le 31, je retire les fils et constate que la réunion est parfaite, excepté à la partie interne.

Le 1^{er} mai, une très petite portion du lambeau inférieur, formant l'angle interne est gangréné. Je l'excise d'un coup de ciseaux. La suppuration est de bonne nature (2 pil. opium, 2 portions.)

Les jours suivans les choses se maintiennent dans le même état, la suppuration diminue et les plaies commencent à se cicatrifier.

Le 8, il survient dans l'épaisseur du lambeau inférieur un petit foyer que j'ouvre immédiatement.

Les jours suivans, la cicatrisation marche avec rapidité; la malade se lève et se promène.

Le 15 mai, elle sort de l'hôpital dans l'état suivant: d'une part on aperçoit les quatre cicatrices résultant des quatre incisions pratiquées; l'une de ces cicatrices se trouve située dans le sillon naso-labial où elle est presque entièrement cachée.

Vers la partie moyenne de la joue il existe une cicatrice arrondie correspondant au point où la partie du lambeau inférieur s'est gangrénée. Cette cicatrice se réunit avec une cicatrice linéaire transversale, résultant de la réunion par première intention des extrémités libres des lambeaux.

En examinant la malade avec attention on voit que la pommette du côté opéré est plus affaissée que celle du côté opposé, mais cela constitue une difformité à peine visible : d'ailleurs, avec le temps la malade reprenant un peu d'embonpoint, cette difformité disparaîtra complètement.

Cette observation est remarquable par la réparation de la perte de substance au moyen de deux lambeaux empruntés l'un à la région malaire, l'autre à la partie supérieure et antérieure du cou. Elle permet de se former une idée exacte de ce que l'on peut faire avec deux lambeaux opposés de peau que l'on pousse l'un vers l'autre et que l'on réunit au moyen de la suture par leurs deux extrémités libres, réunion que l'on complète, du reste, par des points de suture latéraux qui servent à maintenir les lèvres des incisions pratiquées pour former des lambeaux.

J'ai été étonné de la facilité avec laquelle je pus mettre en contact les lambeaux de tégumens pris sur deux surfaces aussi peu étendues. Il est vrai qu'à la suite de la dissection, la peau s'est allongée par une sorte de déplissement en vertu de l'élasticité qui lui est propre.

D'ailleurs, les parties environnantes ont facilement cédé à cause de leur union lâche, et le tégument a pu recouvrir facilement la surface malade.

La femme, sur laquelle j'ai pratiqué cette opération, après la guérison présentait un affaissement qui déjà a beaucoup diminué, ainsi que l'examen fait depuis nous l'a appris. Il n'existait d'ailleurs aucune autre difformité.

Je vais rapporter un second fait d'autoplastie superficielle de la joue, relatif à une fistule salivaire du conduit de Sténon. Cette observation est intéressante à plus d'un titre, et sans parler de ce qu'elle fortifie encore les avantages du procédé qui consiste à décoller seulement la peau des environs de la difformité, je dirai que cette espèce de génoplastie simplifiée singulièrement le traitement des fistules salivaires compliquées ou non de pertes de substance.

25° *Observation.* — *Fistule salivaire du conduit de Sténon.* — *Opération.* — *Autoplastie par déplacement.* — Le nommé Sylvain Vodel, entré à l'hôpital le 4 février 1848, est couché au numéro 44 de la salle Saint-Augustin. Ce malade présente au milieu de la joue gauche, une perte de substance peu considérable, formant une ouverture arrondie dans laquelle on peut facilement introduire l'extrémité d'une sonde cannelée ou le bouton d'un fort stylet. Cette ouverture est située au centre d'un tissu induré, fongueux, formant une petite poche verticale saillante dont les

parois appartiennent aux tégumens amincis et dépouillés de tissu cellulaire, ses bords sont lisses et parfaitement organisés comme le sont ceux de toute fistule ancienne. Par l'ouverture que nous venons de décrire s'échappe continuellement un liquide clair, aqueux, limpide, alcalin, qu'il est facile de reconnaître pour de la salive; au reste cet écoulement augmente pendant l'acte de parler, de rire, de tousser et surtout pendant les efforts de mastication. Introduit dans l'ouverture, un stylet d'assez fort calibre s'enfonce sans difficulté dans la direction du canal de Sténon. Si en même temps on glisse le doigt dans l'intérieur de la cavité buccale de ce côté, on sent qu'en cet endroit les parties sont fortement indurées et qu'une bride presque fibreuse, mais très courte, fait adhérer de fort près le tissu gengival à la paroi interne de la joue.

D'après tous ces signes, on reconnaît manifestement une fistule salivaire du canal de Sténon, siégeant à l'endroit où le conduit se coude pour s'enfoncer sous le muscle buccinateur. Toute la partie du conduit située en arrière de la fistule est parfaitement libre, toute la partie située en avant, au contraire, est oblitérée et représentée par la corde fibreuse dont nous avons fait mention.

Voici maintenant quels sont les antécédens du malade, antécédens qui vont nous dévoiler l'origine de la maladie.

Cet homme, depuis deux ans, souffrait d'une dent

gâtée dont il retardait toujours l'avulsion. De nombreuses fluxions se succédèrent chez lui, fluxions dont il triomphait habituellement par l'application de cataplasmes émolliens. Enfin, une dernière survint il y a environ huit mois. Celle-ci ne disparut point comme les autres, une inflammation vive s'empara de l'intérieur de la bouche et de la paroi malaire correspondante. Elle diminua; mais en même temps une petite tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle à son origine se montra à la surface externe de la joue du côté malade. Cette tumeur grossit, et atteignit en quelques jours la grosseur d'un œuf de pigeon, enfin elle s'ouvrit d'elle-même et livra passage à une certaine quantité de pus, dit le malade. Plus tard, la plaie demeura fistuleuse et livra passage à la salive.

La fistule date donc de sept mois environ, et cependant elle s'est tarie pendant l'espace de six semaines; mais a reparu ensuite plus incommode que jamais.

Entré le 4 février, le malade n'est opéré que le mardi 23. Long-temps avant l'opération on l'avait débarrassé de sa dent gâtée qui le faisait encore souffrir, puis le moment avait été remis continuellement à cause d'un rhume qui s'empara de cet homme quelques jours après son arrivée à l'hôpital. Ce rhume fut assez violent, il s'accompagna de fièvre, laquelle redoublait assez périodiquement le soir: or, il est à remarquer que pendant quatre jours que dura cet état fébrile le malade ne rendit point par la fistule

une seule goutte de salive, malgré des efforts de mastication répétés, comme si la fièvre avait eu pour résultat la suspension de la sécrétion salivaire. Enfin l'état du malade s'étant amélioré, il fut procédé à l'opération de la manière suivante.

Après avoir endormi le patient au moyen du chloroforme, je circonscrivis au moyen d'un bistouri droit toute la partie saillante et fongueuse au centre de laquelle se trouvait l'orifice de la fistule, je l'enlevai. Cela fait, je pratiquai à l'endroit même où se trouvait cet orifice fistuleux une perte de substance comprenant toute l'épaisseur de la joue. C'est alors que j'introduisis par cette ouverture artificielle une mèche de coton longue d'un pouce, grosse comme un tuyau de plume, à chaque extrémité de laquelle était fixé un fil ciré. Cette mèche fut placée de manière qu'elle faisait presque en totalité saillie dans l'intérieur de la bouche, son extrémité antérieure étant seule engagée dans la partie la plus profonde de la plaie. Un des fils qui y étaient attachés ressortait par la bouche, l'autre par la perte de substance pratiquée à la joue. Cela fait, je tordis quelques artères qui donnaient du sang, *je détachai avec le bistouri toute la peau circonscrivant la plaie, afin de favoriser son déplacement*, puis je réunis au moyen d'épingles et de fils cirés. Le pansement consista dans l'application de rondelles d'amadou, de compresses, le tout maintenu avec une bande assez fortement serrée. Le malade fut mis à la diète et condamné au silence.

Les trois premiers jours qui suivirent l'opération il ne se passa rien de remarquable, rien ne fut changé au pansement.

Le quatrième, la mèche fut retirée, mais on laissa les épingles.

On en retira une le cinquième, une autre le sixième, le reste le huitième jour après l'opération; la réunion était complète, sauf en un point. On pansa avec du cérat et on établit une légère compression. Interrogé sur son état, le malade disait sentir couler la salive dans la bouche; il n'en sortait aucune goutte à l'extérieur. Aujourd'hui 12 mars, après quelques cautérisations au nitrate d'argent, le point non réuni est cicatrisé et le malade guéri.

Aujourd'hui 15 mars, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri. Il ne présente plus aucune induration, aucun gonflement des parties malades. La salive s'écoule librement et facilement dans l'intérieur de la bouche et le malade est lui-même frappé de cette humidité qu'il ressent continuellement. La joue n'offre aucune difformité, si ce n'est une cicatrice linéaire qui affecte une direction oblique et verticale.

Procédé de l'auteur.

Lorsqu'il n'est pas possible de réparer la perte de substance en décollant la peau à droite, à gauche, en haut et en bas, ainsi que nous l'avons mis à execu-

tion sur le malade qui portait à la joue une fistule salivaire du conduit de Sténon, il me paraît convenable de réparer la perte de substance par un procédé que j'appellerai *mixte*. Il consiste dans le décollement des tégumens dans deux points opposés de la perte de substance et précisément dans le sens de ses grands diamètres. Ce procédé appartient par conséquent à la méthode française, et il s'exécute en confectionnant deux lambeaux qui se regardent par leurs extrémités libres qui font partie de la circonférence de la plaie ou du vice de conformation. On le pratique de la manière suivante :

1° Aux deux angles opposés sont commencées deux incisions qui se prolongent plus ou moins loin, suivant l'étendue du désordre à réparer.

2° On dissèque les deux lambeaux dans une étendue suffisante pour pouvoir réparer par leur contact la perte de substance, en ayant soin de respecter le plus possible les soutiens de la peau.

3° Les incisions qui circonscrivent les lambeaux doivent leur donner un peu plus de largeur que n'en comporte la réparation, à moins que le chirurgien ne préfère décoller la peau qui avoisine la perte de substance.

4° On rapproche les deux extrémités libres l'une de l'autre et on les maintient en contact au moyen de la suture entrecoupée.

5° On réunit les incisions latérales par des points de suture.

6° On comprime doucement et régulièrement les lambeaux.

On peut ainsi réparer des pertes de substance considérables, comme l'observation que nous avons rapportée plus haut l'a démontré, en empruntant deux petits lambeaux de peau dans deux points opposés.

Après la guérison, il existe très peu de difformité, et c'est à peine si on se doute de l'endroit où l'on a pris la pièce réparatrice. On ne remarque qu'une surface un peu plus tendue, un peu plus déprimée que celle du côté opposé, et encore tout cela s'efface-t-il avec le temps par l'accumulation de la graisse. Tout cela est prouvé par l'observation que nous avons rapportée et par la figure que l'on pourra consulter dans l'atlas.

2° *Génoplastie profonde.* — On a réparé les pertes de substance des joues, compliquées de différentes lésions ou bornées à cette région, par les méthodes indienne et française. Tantôt on s'est servi exclusivement des parties molles de la face pour réparer la perte de substance (Gensoul), et tantôt on a emprunté au cou le lambeau obturateur (Dupuytren, Lallemand.)

Quel que fût le mode de réparation, on a toujours ravivé la circonférence de la perte de substance avec l'instrument tranchant, tout en donnant à la plaie la forme la plus convenable pour que ses lèvres pussent être mises en contact, et constamment on a maintenu les surfaces réunies par la suture.

A. *Génoplastie.* — *Réparation de la joue avec les parties molles de la face.* — C'est la méthode française que l'on a mise en usage dans les cas où l'on s'est servi des parties molles de la face pour réparer la perte de substance. Aucune autre méthode ne pourrait être alors employée, car c'est en se servant de ce qui reste, en le faisant prêter, en lui donnant une élongation suffisante par une dissection hardie et habile qu'on y parvient. C'est seulement alors, c'est-à-dire lorsque les parties ont prêté et peuvent être mises en contact, que la suture est pratiquée.

Pour arriver à ce but, à l'aide d'un bistouri convexe, d'un bistouri à pointe et de ciseaux mousses, on détache en haut, en bas, en arrière et même en avant lorsqu'il existe des brides, les parties molles qui se fixent aux faces externes des os maxillaires inférieur et supérieur, et on peut même porter la dissection jusqu'au décollement des parties molles du cou. C'est ce que M. Gensoul a fait sur la malade dont il sera parlé plus loin. On coupe par conséquent toutes les brides qui se rencontrent devant l'instrument, et on détache ainsi les tégumens en remontant vers la fosse canine, la région malaire, en évitant toutefois le gros nerf sous-orbitaire; profondément en arrière, on détache la muqueuse de chaque côté avant de décoller la peau qui recouvre le muscle masseter et en bas, enfin on déplace le buccinateur, le triangulaire des lèvres, etc., et on avance le bistouri

vers le cou en rasant la face externe de l'os. Il ne faut pas se laisser effrayer par le sang qui paraît versé en abondance, par les cris du malade qui sont à-peu-près inévitables dans une opération aussi douloureuse, ni par l'étendue de la dissection qui a quelque chose d'intimidant. Les douleurs s'apaisent, en effet, bientôt, l'hémorrhagie s'arrête par une douce compression, et le recollement s'obtient avec une facilité vraiment surprenante.

Mode de réunion. — Autant que possible la réunion doit être faite dans le sens vertical et non dans le sens antéro-postérieur, afin d'éviter que la commissure ne soit tirillée, et les dents mises à découvert. Voilà pourquoi il est convenable de donner au ravivement ou à la plaie lorsqu'on enlève un cancer, une forme elliptique. La suture entortillée ainsi que la suture entrecoupée peuvent être mises en usage. On peut y ajouter les compressions exécutées avec des bandettes agglutinatives. Une douce compression est indispensable pour rapprocher les tissus et soutenir les sutures, au moins pendant les premières vingt-quatre heures.

Si les parties offraient une trop grande distension, je ne balancerais pas à pratiquer des incisions pour éviter de violens tiraillemens qui amènent la déchirure des fils : c'est le moyen de prévenir cet accident.

Si des saillies osseuses, des dents déplacées s'opposaient à la réunion, il faudrait de suite extraire les

unes et replacer les autres. Je dois rappeler ici une observation fort curieuse de M. Gensoul, qui a rapport à l'autoplastie faciale par la méthode française.

Cette opération a été pratiquée sur une femme de 50 ans dont la joue avait été gangrénée à l'âge de 49 ans, et qui entra au mois de juin 1839 à l'hôpital de Lyon.

La joue gauche était largement perforée, en sorte que la bouche communiquait avec l'extérieur par une ouverture qui laissait à nu les deux mâchoires, deux incisives, deux canines et les trois premières molaires; la circonférence de cette large ouverture adhérait fortement aux os, et il existait une ankylose de ce côté. M. Gensoul commença par raviver le pourtour de l'ouverture, puis il décolla ce qui demeurait de la joue, les parties correspondantes des lèvres dans tous les sens en haut, en bas, en arrière jusqu'au cou et au-devant du masséter. Il ne put réunir les lèvres de la plaie que lorsqu'il eut enlevé par la gouge et le maillet, les dents qui se trouvaient implantées sur la partie saillante de la mâchoire proéminente. Il n'est demeuré de cette vaste désorganisation qu'un orifice fistuleux, salivaire, imperceptible (').

26° *Observation.* — M. Roux de Saint-Maximin ayant à opérer un cancer qui avait détruit la joue gauche et une partie des lèvres enleva le cancer par deux in-

(') *Journal de médecine des hôpitaux de Lyon*, t. 1^{er}, p. 46.

cisions demi-circulaires commençant aux lèvres, et se réunissant au muscle masséter. Il disséqua ensuite la lèvre inférieure jusqu'au muscle précité et au-dessous du menton, et réunit, par la suture entortillée, les lèvres de la plaie qui furent facilement mises en contact. Les bandelettes agglutinatives et le bandage contentif complétèrent le pansement. La guérison ne se fit pas attendre (').

Je rapprocherai encore de ces opérations l'observation de M. le professeur Roux, que j'ai rapportée à propos des réparations du nez.

27° *Observation.* — *Déperdition de substance de la joue gauche. — Génoplastie par la méthode française. — Guérison.* — La nommée Leclerq, âgée de 54 ans, eut à l'âge de 10 ans, la joue gauche, la mâchoire supérieure, le plancher de l'orbite et des fosses nasales perforées par une lésion dont l'origine et la nature sont très obscures. La déformation qui en résulta défigurait horriblement la malade. Il existait, en effet, à la joue une perte de substance de 2 pouces 1/2 de largeur et de 2 de hauteur. L'absence de l'os maxillaire supérieur laissait voir l'isthme du gosier, la voûte buccale percée de deux trous communiquant l'un avec les fosses nasales et l'autre avec l'orbite. MM. Vaust et Anten se décidèrent à réparer la perte de substance avec un lambeau facial. Voici comment ils exécutèrent cette opération :

(') *Revue médicale*. Paris, 1828, t. 1^{er}, p. 30.

1° Ils ravivèrent les lèvres de cette vaste ouverture ;
2° ils détachèrent les parties molles environnantes, afin de pouvoir réunir les bords de la plaie rendus saignans.

Ils commencèrent donc, après s'être assurés que la lèvre supérieure, la partie inférieure de la joue, l'aile du nez retenue en dedans par une cicatrice et la peau de la pommette pouvaient fermer cette ouverture, par détacher l'aile du nez, qui de suite se porta en dehors ; puis ils détachèrent les tégumens de la pommette, et bientôt ils purent réunir une portion de la lèvre supérieure à l'aile du nez à l'aide de points de suture. Le reste de l'*hiatus* fut fermé par la suture entortillée. Les chirurgiens distingués dont je viens de parler, placèrent sous les épingles deux morceaux de bois qui furent compris dans l'entrelacement des fils. Il en résulta la combinaison de la suture entortillée avec la suture enchevillée. Le troisième jour qui suivit l'opération, on commença à retirer les épingles, et le dixième la guérison était complète.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres et surtout comme exemple de réparation d'une vaste ouverture par le simple déplacement des parties molles.

B. *Réparation de la joue avec les parties molles du cou.* — Lorsqu'il n'est pas possible de réparer la joue avec les parties molles de la face, le cou, la tempe et le cuir chevelu sont les seules régions auxquelles on

puisse raisonnablement emprunter un lambeau réparateur.

Au cou on peut prendre le lambeau immédiatement au-dessous de la perte de substance, ou bien dans un point plus éloigné lorsque l'on veut se rapprocher de la direction plus ou moins oblique du vice de conformation. Il faut donner au lambeau un peu plus de longueur et de largeur que n'en présente la perte de substance.

On peut se servir de la méthode indienne comme l'a fait Dupuytren, ou de la méthode française comme l'a fait M. Lallemand.

Avant de rapporter les observations des professeurs que je viens de citer, je ferai remarquer que le procédé mixte que j'ai décrit à propos de la génoplastie superficielle pourrait convenir ici dans de certaines circonstances, c'est-à-dire s'il restait assez de parties molles à la pommette ou à la région canine pour pouvoir faire un petit lambeau qui viendrait à la rencontre d'un autre lambeau pris aux dépens du cou.

28^e *Observation.* — (Dupuytren, méthode indienne). — Ce chirurgien célèbre répara la joue gauche et la lèvre inférieure du même côté sur un enfant de 9 ans, au moyen d'un lambeau pris au-devant du muscle sterno-mastoïdien. Ce lambeau fut tordu sur lui-même et maintenu en place par cinq points de suture. La réunion fut incomplète, deux aiguilles ayant déchiré

les tissus et le bord inférieur du lambeau s'étant gangrené, ce double accident amena une échancrure longue d'un pouce. La perte de substance qui commençait au dessous de la commissure labiale, et finissait à 3 lignes du muscle masséter, avait été produite par la gangrène. L'échancrure dont nous venons de parler ne put être effacée, quoique Dupuytren l'eût réunie par la suture à la manière d'un bec-de-lièvre. Il est parlé dans l'observation d'adhérences de la langue qui auraient fait manquer la seconde opération. Mais on est surpris que Dupuytren n'ait pas, avant de pratiquer l'autoplastie, détruit ces adhérences. Quant à la gangrène partielle qui survint dans ce lambeau, elle me paraît due à la manière dont la suture fut pratiquée.

L'observation de M. Lallemand offre trop d'intérêt pour que je ne la rapporte pas textuellement. D'ailleurs, c'est le premier cas de génoplastie qui ait été suivi de succès; or, à ce titre seul, nous devons en faire une mention détaillée.

29^e Observation. — *Pustule maligne. — Perte de substance à la joue gauche. — Réparation par inclinaison du pédicule sans torsion* (1). — « Rosine Martin, de Massiargnes, près Lunel, âgée de 10 ans, née de parens sains, d'une constitution sèche et robuste, eut dans le commencement de juillet 1823, une pustule maligne sur le côté gauche de la face; elle commença

(1) *Archives de médecine*, 1824, t. iv, p. 212.

par deux petits points noirs assez rapprochés sur lesquels on appliqua de la potasse caustique. Une partie de la joue et de la lèvre inférieure fut détruite par les progrès de la maladie. Après la séparation des eschares, le côté gauche de la mâchoire inférieure resta à découvert ainsi qu'une grande partie des dents. Cependant, à mesure que les surfaces suppurantes se cicatrisèrent, la circonférence de cette vaste plaie diminua sensiblement; mais au bout de deux mois tout étant cicatrisé, la difformité resta stationnaire. A cette époque, mon ami, le docteur Dunal ayant par hasard vu cette enfant et pensant qu'on pouvait faire quelque chose pour guérir ou diminuer cette affreuse difformité, nous l'examinâmes ensemble. J'en pris un dessin exact auquel je renvoie. Il existait au côté gauche de la joue une perte de substance inégale et dentelée d'environ 2 pouces de haut en bas ainsi que d'avant en arrière. Elle commençait à l'extrémité de la lèvre supérieure et finissait vers le quart externe de l'inférieure. Cette dernière avait perdu 5 à 6 lignes de son bord rouge, et 3 lignes de plus de la partie qui le supportait; de manière que cette lèvre se terminait par une espèce de bouton saillant, rouge et arrondi, du volume d'un gros pois. De haut en bas la lèvre inférieure était détruite dans l'étendue d'environ 6 lignes; elle était roulée en dehors par la contraction des muscles labial et carré du menton. Toute la circonférence de cette perte de substance était dure, coriace et comme fibreuse; la base de la lèvre,

la peau du menton, celle du bord inférieur de la mâchoire étaient adhérentes à l'os et tout-à-fait immobiles. Il n'y avait de libre que 5 à 6 lignes de la joue à partir de la lèvre supérieure, et autant de la lèvre inférieure à partir du bord rouge. La circonférence de la peau était séparée des gencives par une cicatrice également adhérente à l'os, très inégale et de 2 à 5 lignes de largeur suivant les endroits. Presque toutes les dents de la moitié gauche de la mâchoire ainsi que les gencives sous-jacentes étaient à découvert; la racine des dents était en partie dénudée à cause du tiraillement de la gencive par la cicatrice placée au-dessous. Elles commençaient à se jeter en dehors; la canine surtout plantée naturellement presque hors de rang, faisait une saillie considérable; leur surface était fort noire, la salive coulait presque en totalité par cette large brèche malgré les compresses, etc., dont on la recouvrait. J'amenai cette enfant avec sa mère à l'hôpital de Montpellier, j'examinai pendant plusieurs jours l'état des parties, et je réfléchis sur le projet de l'opération que j'avais conçue.

« Cette jeune fille d'une figure intéressante et d'une intelligence rare, jouissait d'une santé parfaite et montrait un caractère décidé; elle était défigurée pour le reste de ses jours de la manière la plus hideuse; la perte continuelle de la salive était une incommodité dégoûtante qui pouvait influer sur sa santé. Ses parents pleins de confiance et de jugement s'en rap-

portaient à moi ; je résolus de tout tenter pour la guérir.

« L'espace qui séparait les bords de la peau était trop considérable, celle-ci était trop adhérente à la mâchoire pour qu'on pût espérer par aucune opération de changer la forme de cet espace circulaire et de mettre les bords en contact : je ne pouvais fermer cette large brèche qu'au moyen d'un lambeau pris aux dépens de la peau du cou. Cependant, j'étais arrêté par l'exemple tout récent de deux tentatives analogues faites sans succès par un habile praticien. Après l'ablation de la lèvre inférieure pour une affection cancéreuse, on avait cru pouvoir y suppléer par un lambeau pris à la partie antérieure du cou tordu sur son pédicule et réuni aux parties latérales des joues, suivant le procédé employé pour remplacer à l'aide de la peau du front une partie du nez. Dans les deux cas le lambeau était tombé en gangrène avant même qu'on eût coupé son pédicule. A quoi pouvais-je attribuer cet accident assez rare dans l'opération de la rhinoplastie avant la section du pédicule du lambeau ? Je crus pouvoir l'expliquer par les différences anatomiques que présentent les parties au moyen desquelles on forme le lambeau. La peau du front est très épaisse, doublée d'un tissu cellulaire dense et adhérente au muscle frontal. Le pédicule du lambeau correspond à l'espace qui sépare les sourcils, et contient des artères assez volumineuses qui comme toutes celles de la surface du crâne se logent dans l'épaisseur de la

peau et y parcourent un très long trajet en s'y ramifiant dans tous les sens, de telle sorte que les parties du lambeau les plus éloignées du pédicule ne peuvent manquer de sang pourvu que la circulation ne soit pas gênée par la torsion du pédicule. La peau du cou au contraire est mince et doublée d'un tissu cellulaire lâche; aucune artère remarquable ne rampe dans son épaisseur; celles qui s'y perdent viennent immédiatement du tissu cellulaire sous-jacent et s'y perdent presque aussitôt: quand ce tissu cellulaire est divisé, les artérioles du pédicule peuvent ne pas s'étendre assez loin pour porter le sang à l'extrémité du lambeau pour peu que la circulation soit gênée dans le pédicule par sa torsion. Une autre difficulté m'arrêtait. Si dans les deux cas dont je viens de parler le lambeau s'est gangrené avant la section du pédicule, en supposant qu'il résiste, ne doit-on pas craindre qu'il se gangrène avant la section de ce pédicule! Et cependant, en employant le procédé ordinaire, cette séparation est tôt ou tard indispensable. Je crus donc que je ne pouvais espérer de réussir qu'en évitant la torsion et la section du pédicule au moyen d'un simple déplacement latéral du lambeau.

« Quoique la surface à recouvrir eût une forme arrondie, je ne pouvais pas faire un lambeau rond. La plaie du cou qui en serait résultée eût été trop difficile à cicatriser, et la cicatrice eût été difforme. Je pensai que je devais donner à mon lambeau et par suite à la surface qu'il devait recouvrir une forme el-

liptique ; je devais de plus faire en sorte que le pédicule du lambeau se trouvât au-dessous et près de l'extrémité postérieure de la surface à recouvrir. Il fallait que l'extrémité supérieure du bord antérieur du lambeau fût à-la-fois l'extrémité postérieure du bord inférieur de la plaie afin que la surface saignante du lambeau fût partout en contact avec des surfaces également saignantes. Ce plan étant bien arrêté, je le mis à exécution le 8 septembre de la manière suivante : je pratiquai une première incision courbe qui commençait à l'extrémité de la lèvre supérieure et finissait vers le bord inférieur de la mâchoire. Je fis sur la lèvre inférieure une seconde incision semi-elliptique commençant à l'extrémité du bord rouge et finissant vers le milieu du menton. Je tâchai de donner à cette seconde incision la même courbure qu'à la première avec laquelle elle devait se continuer lorsque la lèvre inférieure serait relevée. Je fis dans la direction du bord inférieur de la mâchoire une troisième incision également elliptique se terminant par ses deux extrémités à l'endroit où les deux premières incisions avaient fini. J'enlevai de dessus la mâchoire toute la peau comprise entre ces deux incisions ainsi que la cicatrice adhérente à l'os. La base de la lèvre inférieure étant adhérente à la mâchoire, je fus obligé pour mettre en contact son extrémité avec l'extrémité de la lèvre supérieure, de disséquer cette base adhérente et pour cela de prolonger une incision de 4 ou 5 lignes. Alors les deux lèvres purent être mises

en contact et les deux incisions formèrent une courbe régulière; je laissai reposer la malade quelques instans avant de procéder à la formation du lambeau. La rétraction des bords de la plaie rendait la surface à recouvrir plus étendue que je ne m'y attendais. Le sang coulait sur la peau du cou en assez grande abondance pour m'empêcher de faire usage du morceau de papier que j'avais coupé pour me servir de guide. Il fallut aussi renoncer à tracer avec de l'encre les limites du lambeau : je le dessinai avec le bistouri. Je commençai l'incision antérieure vers le tiers postérieur de l'incision inférieure, et je la terminai à la partie inférieure du cou vers l'insertion du sterno-mastoïdien en la faisant passer sur les parties latérales du larynx. Je commençai l'incision postérieure de l'autre lambeau à 10 lignes environ au-dessous de l'extrémité supérieure du bord antérieur de ce même lambeau, et je la terminai à l'endroit où avait fini l'incision antérieure en le faisant passer vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Malgré l'écoulement de sang et l'extrême mobilité de la petite malade, je parvins à donner exactement au lambeau la forme et les dimensions que je désirais.

« Mais c'est lorsqu'il fallut disséquer le lambeau que les difficultés redoublèrent; je n'ai jamais vu une pareille mobilité dans les mouvemens du cou : chaque coup de bistouri déterminait un déplacement brusque que rien ne pouvait empêcher et dont je ne pouvais prévoir la direction. Je risquais en tournant le tran-

chant du bistouri du côté de la peau de la percer ou de la dénuder : en le dirigeant vers les parties sous-jacentes, je pouvais ouvrir la veine jugulaire externe ou couper quelques-uns des nombreux rameaux du plexus cervical superficiel. Cependant cette dissection se termina de la manière la plus heureuse. Je laissai reposer la malade environ un quart d'heure avant de procéder au pansement. Le lambeau avait perdu près d'un tiers de ses dimensions. Je le détournai de manière que la partie supérieure de son bord antérieur correspondit à la plaie de la joue, et je les réunis par trois points de suture séparés soutenus par autant de rouleaux de sparadrap. Je rapprochai ensuite au moyen d'un autre point de suture l'extrémité des deux lèvres. Ensuite je réunis par deux autres points de suture la partie inférieure du bord antérieur du lambeau avec la plaie de la lèvre inférieure. Enfin je réunis par deux autres points de suture la partie inférieure du bord postérieur du lambeau avec la partie antérieure de l'incision et la portion supérieure de ce bord postérieur resta appliquée sur le sterno-mastoïdien suivant une ligne oblique. De cette manière la portion de la plaie de la joue correspondit exactement à la largeur du pédicule du lambeau, et nulle part la surface saignante du lambeau ne fut en contact avec la peau. Des bandelettes agglutinatives furent placées dans les intervalles des points de suture, le pourtour de la plaie fut matelassé avec de la charpie. Le tout fut maintenu par quelques tours de bande peu serrés.

« La petite malade à peine dans son lit fut bientôt calmée (eau de tilleul; sirop diacode). Le soir, il se manifesta de la fièvre (saignée de 4 onces environ). Nuit tranquille, sommeil paisible. Le lendemain soir la fièvre revint, mais je ne pus obtenir de la malade qu'elle se laissât saigner. Le troisième jour, je voulus lever l'appareil, sachant que chez les enfans la marche de l'inflammation est plus rapide, et par suite la réunion des parties divisées et la section des chairs par les corps étrangers plus promptes; mais quand on voulait y toucher la malade poussait des cris qui me faisaient craindre la déchirure de la cicatrice. Le quatrième jour, même agitation à l'approche du pansement. Je ne pouvais cependant laisser plus longtemps les fils de suture dans les chairs: j'aurais d'ailleurs éprouvé le lendemain et les jours suivans les mêmes difficultés. Je fus donc obligé d'employer la force pour maintenir la malade et éviter les déchiremens que ses cris pouvaient faire naître. Je coupai les fils des ligatures sans déranger les bandelettes; mais je ne pouvais pas enlever les sutures qui réunissaient la lèvre inférieure au lambeau sans déranger les bandelettes, et je ne n'osais pas les détacher dans la crainte que les cris de la malade ne séparassent du lambeau la lèvre inférieure plus mobile que les autres parties. Le cinquième jour, les bords supérieur et inférieur étaient extrêmement réunis au lambeau; j'enlevai les sutures du bord antérieur; elles avaient fait deux trous dans le lambeau beaucoup plus considérables

que dans la lèvre, et la réunion me parut peu solide. Le sixième jour, au moment où je changeais les bandelettes, la lèvre inférieure se détacha du lambeau et se renversa en dehors. J'attribuai cet accident aux cris de la malade; mais le lendemain j'aperçus un commencement de gangrène sur la partie du lambeau qui correspondait à la lèvre inférieure. Le huitième jour, elle formait le long du bord du lambeau une bande large d'environ 3 lignes et longue de 8 à 10: je craignais qu'elle n'envahît la plus grande partie du lambeau, mais elle s'arrêta au niveau des points de suture; les bords supérieur et inférieur restèrent solidement unis, et la face interne du lambeau était adhérente à l'os dans toute l'étendue des surfaces que j'avais rafraîchies. Les jours suivants, les parties gangrénées se séparèrent, et il resta entre le lambeau et la lèvre inférieure un écartement en forme de V de 7 à 8 lignes d'étendue dans la partie la plus ouverte. Je n'avais pas obtenu tout ce que je désirais; toutefois, il ne restait plus qu'un bec-de-lièvre simple qui me semblait devoir être facile à réunir.

« Mon intention était de laisser reposer la malade pendant quelques semaines; mais le bord du lambeau n'étant point adhérent se retirait de jour en jour. Plus j'aurais attendu, plus la réunion serait devenue difficile: au bout de douze jours, je rafraîchis les bords correspondans à la lèvre inférieure, en excisant seulement avec des ciseaux courbes la surface des bourgeons charnus, afin de ne rien perdre

de la partie à réunir, et je les maintins en contact à l'aide de deux aiguilles et de la suture entortillée. Pour empêcher la lèvre inférieure de se renverser en dehors, je la fixai à la lèvre supérieure au moyen d'une troisième aiguille. Le troisième jour je retirai les deux premières, et le quatrième jour la troisième.

« Le 5 au matin la réunion me parut exacte. A la visite du soir j'entendis en entrant dans la salle la petite malade qui se livrait à des éclats de rire immodérés avec des enfans de son âge; je témoignai mes craintes sur les résultats que pouvait avoir cette imprudence. En effet, le lendemain je trouvai la lèvre inférieure séparée du lambeau, et j'attribuai cet accident à l'imprudence de la veille. Vainement j'essayai de réparer cet échec en maintenant les parties en contact à l'aide de bandelettes agglutinatives; au bout de quinze jours je n'étais pas plus avancé.

« Je pensai que la difficulté de la réunion tenait au défaut de proportion entre les bords affrontés, à la mobilité du bord libre de la lèvre et à la force des muscles contenus dans son épaisseur. Ces réflexions me décidèrent à réunir l'extrémité de cette lèvre à l'extrémité correspondante de la lèvre supérieure aussi charnue, aussi vasculaire qu'elle; je m'étais jusque-là contenté de les maintenir en contact pour ne pas perdre 5 ou 6 lignes de la longueur de la lèvre inférieure déjà fort écourtée, et pour ne pas trop diminuer l'ouverture de la bouche. Mais ces deux inconvéniens étaient compensés par l'avantage qu'on

pouvait tirer de cette opération pour donner à l'extrémité de la lèvre inférieure une forme plus régulière. En effet son bord rouge était très épais et coupé carrément ; en excisant sa partie supérieure je pouvais l'amincir et la rendre semblable à celui de l'autre commissure. Ainsi ce que je perdais d'un côté sous le rapport de l'étendue de la lèvre, je le regagnais de l'autre sous le rapport de sa régularité. J'enlevai donc avec des ciseaux 5 à 6 lignes de l'extrémité de chaque lèvre, et je les réunis par une seule aiguille et quelques tours de fil. La réunion fut complète et solide le troisième jour.

« Enfin, aujourd'hui, la bouche est régulière ; la lèvre supérieure plus longue que l'inférieure est légèrement arquée, en sorte que vers la ligne médiane il existe entre elles un écartement qui n'a rien de désagréable. La lèvre inférieure est presque horizontale, aussi mince à une commissure qu'à l'autre. Seulement, lorsque la bouche s'ouvre, la commissure qui résulte de la réunion de l'extrémité des deux lèvres ne s'écarte pas jusqu'au bout des deux bords rouges ; mais quand elle est fermée, les deux côtés sont symétriques. La cicatrice des bords supérieur et inférieur est à peine sensible ; l'antérieure si difficilement consolidée est un peu plus enfoncée, mais elle est récente, et tout porte à croire qu'elle s'effacera comme les autres. On n'aperçoit plus de traces de trous de suture : le lambeau n'a presque plus rien conservé de la forme qu'il avait au moment de l'opé-

ration ; il s'est accommodé aux surfaces avec lesquelles il a contracté des adhérences ; il a en outre diminué de moitié dans tous les sens, en tirant à lui les bords auxquels il adhère. La légère dépression qu'il présentait par suite de la longue compression exercée sur lui par les tampons du bandage unissant, a disparu quelques jours après qu'on a cessé d'en faire usage ; en sorte que sa surface est aujourd'hui de niveau avec celles des parties environnantes. Cette amélioration est due aussi à l'embonpoint qu'a pris rapidement la petite malade depuis qu'on a cessé d'être obligé de la nourrir d'alimens liquides. Elle est beaucoup plus grasse qu'avant l'opération, quoiqu'elle ne mange pas davantage, probablement parce qu'elle ne perd plus sa salive.

« D'après ce que j'ai dit des circonstances défavorables que présente la peau du cou pour servir de lambeau un peu étendu, on pourrait croire que la gangrène chez notre malade, n'a été due qu'à la difficulté que pouvait avoir le sang de porter la vie dans les parties les plus éloignées ; cette cause doit bien y avoir puissamment prédisposé, puisque j'ai fait remarquer que les points de suture et les aiguilles qui avaient porté sur les extrémités du lambeau avaient produit des trous deux ou trois fois plus grands que partout ailleurs, et que la grandeur de ces trous était évidemment due à la formation d'une petite eschare circulaire. Cependant, si l'on fait attention que ce n'est pas précisément le sommet du lambeau qui s'est gangrené

mais bien la partie du bord antérieur qui correspondait à la dent canine saillante que j'ai été obligé d'extraire; que cette gangrène n'a guère été plus étendue que les dimensions de cette dent, on sera convaincu que la compression exercée par les bandelettes agglutinatives et le bandage sur le lambeau contre un corps aussi dur, en a été la cause déterminante. La destruction de la portion du lambeau qui recouvrait la dent, explique pourquoi celle-ci se trouve correspondre exactement à l'intervalle qui séparait le lambeau de la lèvre inférieure, de manière à les décoller lorsque leurs bords avaient été réunis à l'aide des aiguilles. Il est probable que sans la présence de cette dent, le bord du lambeau ne se serait pas gangrené et qu'ainsi la lèvre inférieure se serait réunie au lambeau, et eût été maintenue en place par cette union. S'il en eût été ainsi la première opération eût suffi; je dois avouer toutefois que le bord de la lèvre inférieure étant libre et flottant, contenant dans son épaisseur des muscles assez forts, entrant facilement en contraction sous l'influence de la douleur et de la joie, que la lèvre inférieure, dis-je, eût été plus difficilement maintenue en place que les autres bords de la plaie, et je crois qu'il eût été prudent de la fixer à l'extrémité de la lèvre supérieure, ainsi que je l'ai fait plus tard en excisant le bord rouge de l'une et de l'autre. L'extrémité de la lèvre supérieure, épaisse et très vasculaire, se fût réunie bien plus promptement et plus solidement à la lèvre inférieure que ne pouvait le faire le lambeau plus

mince et moins bien nourri ; de cette manière la lèvre inférieure bien fixée en haut par la supérieure eût comme le reste de la circonférence de la plaie, servi de point fixe au lambeau au lieu de tirer sur lui.

« En résumé, soit que j'eusse pratiqué l'opération en deux temps, c'est-à-dire, en laissant reposer la malade, huit à dix jours après l'extraction de la dent canine et la réunion de la lèvre inférieure à la supérieure, soit qu'immédiatement après j'eusse pratiqué l'opération principale, je suis convaincu que j'aurais obtenu du premier coup et complètement le résultat que je m'étais proposé.

« Le procédé que j'ai employé pour remplacer la perte de substance de la face avec la peau du cou, peut être mis en usage dans une foule de cas analogues ; il est préférable à ceux qu'on a employés jusqu'à présent, parce qu'on évite de tordre le pédicule et de séparer le lambeau des parties dont il reçoit ses vaisseaux. Les difficultés qui ont entravé la guérison de notre petite fille tiennent à des circonstances indépendantes du procédé en lui-même, et ne doivent pas intimider ceux qui pourraient être encouragés par l'exemple du succès que nous avons obtenu. »

Je terminerai par l'analyse d'une observation empruntée à l'ouvrage de M. Serre (').

30^e Observation. — *Ulcère cancéreux de la joue droite.*
— *Extirpation. — Réparation par la méthode française.*

(') *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face*, p. 322.

— Le nommé Jacques Trottebas, âgé de 52 ans, s'aperçut, en l'année 1835, d'une petite tumeur ayant son siège sur la pommette. Il s'en occupa peu d'abord et ce ne fut qu'à la période ulcéralive qu'il s'inquiéta. Autrefois ce malade avait eu plusieurs maladies vénériennes.

Un médecin fit l'ablation du cancer; mais cette grave lésion s'étant reproduite quelques années après, on pratiqua une nouvelle extirpation, laquelle fut suivie de récurrence. C'est alors qu'il se présenta à M. Serre, de Montpellier, le 24 juin 1838.

L'ulcération carcinomateuse occupait alors la partie supérieure de la joue et s'avancait jusque vers le grand angle de l'œil en suivant le sillon naso-labial et en croisant obliquement en dessus et en dessous la pommette. Il n'était pas possible de méconnaître la nature cancéreuse à la couleur grisâtre de l'ulcère, à ses bords durs et renversés et à l'odeur fétide de la matière qui en était sans cesse exhalée. M. Serre se décida à faire l'ablation de l'altération et à réparer la perte de substance au moyen d'un lambeau par déplacement. Dès-lors il s'occupait de circonscrire le cancer par quatre incisions qui représentaient un carré assez régulier. Il existait par conséquent deux incisions transversales qui occupaient les extrémités de l'ulcère et deux incisions plus longues, longitudinales, parallèles aux côtés de l'altération. Ce furent ces dernières incisions que M. Serre prolongea jusqu'à la partie supérieure du cou. Ce chirurgien procéda alors à la dissection

de la tumeur et à celle du lambeau. Celui-ci fut détaché avec soin et de manière à lui conserver le tissu cellulaire graisseux qui servait de soutien. Pendant ce temps de l'opération l'artère faciale fut ouverte et liée. Cela étant fait, M. Serre saisit le lambeau par la partie libre et en le tirant en haut, il le força à recouvrir toute l'étendue de la surface saignante. Sept à huit points de suture entrecoupée furent appliqués. On recouvrit le tout avec un linge enduit de cérat.

Le deuxième jour qui suivit l'opération, la gangrène s'empara de la partie supérieure du lambeau. Néanmoins la guérison eut lieu, la plus grande partie de la greffe ayant contracté des adhérences et une cicatrisation linéaire et régulière se fit dans le point où le lambeau manquait.

Ce fait intéressant suggère quelques réflexions, et la haute estime que m'inspirent le caractère de M. Serre, et son amour bien connu pour la science, m'engagent à les présenter sans détour.

J'avouerai d'abord mon étonnement de voir M. Serre recourir à l'autoplastie pour une lésion aussi peu étendue, et pour ainsi dire rubanée. Ne suffisait-il pas de décoller légèrement les lèvres de la plaie pour en obtenir l'agglutination et la réunion ? et ce qui prouve que cette opération aurait été suffisante, c'est que dans le point précisément où le lambeau s'est gangréné, il existe une cicatrice parfaitement linéaire et qui est infiniment moins désagréable que le lam-

beau qui paraît une lanière appliquée à la surface de la peau.

Une seconde réflexion porte sur la confection du lambeau. M. Serre devait s'attendre à la gangrène de l'extrémité de son lambeau, précisément à cause de l'excès du tiraillement qu'il lui avait fait éprouver, et il aurait pu éviter cet accident en lui donnant une longueur et une épaisseur plus considérables pour entretenir sa nutrition.

Appréciation des méthodes.

Il résulte des faits précédemment exposés que la génoplastie peut être pratiquée avec succès par différentes méthodes; mais que, quelle que soit la méthode, il est important de ménager les tissus qui soutiennent le lambeau et les vaisseaux qui s'y rendent par différents points, tout en évitant avec soin les tiraillements qui pourraient contribuer à éteindre sa vitalité ou à produire une déchirure trop prompte des points de suture.

On a pu voir en lisant les observations que j'ai rapportées, la gangrène s'emparer d'une portion du lambeau dans les méthodes par torsion (Dupuytren), par déplacement (méthode française, Serre), par obliquité du pédicule et presque sans torsion (Lallemand). — Ces trois observations sont concluantes à l'égard de ce fait, que la gangrène peut se montrer par toutes les méthodes, et que ce n'est pas tout de s'abstenir de tordre le pédicule; il faut encore, en effet, s'occu-

per de la manière dont la suture est appliquée et de la dissection du tampon obturateur. On est surpris en lisant l'ouvrage de M. Serre, de voir ce chirurgien revenir sans cesse sur les avantages de la méthode française, et repousser toute idée de gangrène lorsqu'il a sous les yeux des faits qui lui démontrent le contraire. Je reconnais du reste que la gangrène est incontestablement moins fréquente après cette méthode qu'après toute autre.

On aurait donc fait peu de chose si on ne s'occupait que du pédicule et de la direction à lui donner, puisque des accidens peuvent venir par d'autres causes. Il importe, par exemple, de mettre en contact exact les surfaces saignantes, de les maintenir par des points de suture pas trop nombreux, et de ne pas exercer sur le lambeau des tiraillemens imprudens qui le mettent dans un état de tension dangereux.

Il est incontestable que la méthode française, lorsqu'elle est pratiquée seulement avec les parties molles de la face, expose moins à la difformité et est presque constamment suivie de succès. Mais elle ne me paraît pas mériter les mêmes éloges lorsqu'on est forcé de tailler le lambeau aux dépens du cou, et je crois même que s'il fallait un lambeau très large et étendu, elle ne vaudrait pas la méthode indienne, surtout la modification de M. Lallemand. Par le simple décollement il serait, en effet, très difficile de remonter jusqu'à la joue ce lambeau qui aurait de la tendance à se rétracter vers son point d'origine.

Je reviens en terminant sur la méthode mixte ou à deux lambeaux, que j'ai conseillée. A mon avis cette méthode doit réussir dans ces cas qui paraissent désespérés, surtout si on a soin de détruire les brides, les adhérences, de décoller suffisamment les parties molles et d'extraire les portions d'os trop saillantes qui s'opposeraient à la réunion.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode que l'on mette en usage, il est de toute nécessité de détruire ces adhérences qui sont un obstacle à la réunion et à l'agglutination parfaite. Les faits déjà rapportés le démontrent, et je pense que si chez plusieurs opérés on avait commencé par là, on aurait obtenu des guérisons qui, faute de ces précautions, n'ont été qu'incomplètes.

CHAPITRE V.

CHÉILOPLASTIE OU RÉPARATION AUTOPLASTIQUE DES LÈVRES.

L'art de réparer les lèvres était déjà connu de Tagliacozzi; mais la méthode par transplantation que ce chirurgien employait, n'a pas eu beaucoup de faveur ni de succès dans cette application particulière, elle a bientôt été généralement abandonnée à cause des difficultés nombreuses qu'elle présente et de l'incertitude des résultats.

Pour ce motif on a paru long-temps avoir renoncé à refaire des lèvres, et on peut dire que la chéilo-

plastie, telle qu'on la pratique aujourd'hui, est une opération toute nouvelle.

L'un des premiers, ainsi que je l'ai dit, Chopart, s'en est occupé, et après lui, MM. Lallemand, Roux de Saint-Maximin, le professeur P.-J. Roux, etc., ont cherché avec une activité infatigable le meilleur mode de réparation à employer. Je chercherai à indiquer ce qui appartient à chacun de ces chirurgiens.

Les conditions différentes dans lesquelles se présentent les besoins qui réclament la chéiloplastie, permettent de diviser en deux sections l'histoire de cette partie de la chirurgie plastique. Tantôt les lèvres présentent des vices de conformation divers, des lésions avec perte de substance, soit bornées aux lèvres, soit, et c'est le cas le plus fréquent, étendues aux joues, aux os, etc., pouvant même s'accompagner de saillies osseuses anormales ou de déviation des dents. Tantôt au contraire les lèvres peuvent se confondre, et l'ouverture buccale présenter une adhésion complète ou incomplète.

§ 1^{er}. — *De la chéiloplastie dans les vices de conformation des lèvres et les altérations avec perte de substance.*

Les lèvres peuvent être détruites en totalité ou en partie par suite de plusieurs causes. Ainsi les plaies par armes à feu peuvent détruire les lèvres et les os sur lesquels elles appuient; et l'on a vu dans ces cas des pertes de substance que la nature seule avait été impuissante à réparer.

La gangrène, les ablations que nécessitent de graves lésions organiques laissent après elles des difformités contre lesquelles l'art était impuissant autrefois, et que la chirurgie plastique répare admirablement aujourd'hui.

De ces lésions organiques le cancer est sans contredit la plus fréquente; l'on s'en convainc encore plus en compulsant les auteurs.

Le temps n'est pas encore bien éloigné où l'on sacrifiait les tissus, les lèvres sans avoir le moyen de prévenir les pertes continuelles de salive, l'amaigrissement et le dégoût qu'inspirent les malades dont les mâchoires sont dégarnies et les dents à découvert.

C'est à l'autoplastie, pratiquée par la méthode française, que l'on doit les ressources à l'aide desquelles on prévient aujourd'hui ces déplorables conséquences.

Tout ce qui a été fait à cet égard a sa source dans le procédé de Chopart, si heureusement modifié depuis par les chirurgiens modernes.

Les lèvres ayant presque toujours été refaites par la méthode française, je commencerai la description de la chéiloplastie par cette méthode. Je terminerai par la méthode indienne qui a été moins employée.

Méthode française. — Il est des pertes de substance que l'on répare par le simple ravivement et le déplacement d'un lambeau; il en est d'autres pour lesquelles on a recours au rafraîchissement des parties, à la dissection d'un ou de plusieurs lambeaux, et à la résection d'une partie ou de toute l'épaisseur de

la mâchoire. Pour distinguer ces applications différentes de la méthode française, j'ai donné à celle qui se rapporte aux premiers cas le nom de méthode française simple, et à celle qui est destinée aux cas de la deuxième catégorie le nom de méthode française compliquée.

Méthode française simple. — Tantôt on répare les pertes de substance aux dépens des parties molles de la face, et tantôt aux dépens de celles du cou.

A. Réparation des lèvres aux dépens des parties molles de la face. — Il faut distinguer deux espèces de réparations, l'une qui se pratique par décollement latéral, et l'autre par décollement médian.

Procédé de Horn ou de Roonhuysen.

Réparation par déplacement latéral. — Lorsque après avoir enlevé une lésion organique et les tissus qui la supportent avec des ciseaux ou le bistouri, la perte de substance ne permet pas aux parties de se réunir et d'être mises en contact, il faut détacher latéralement les parties molles, afin d'obtenir une élongation suffisante pour que la coaptation puisse se faire. Les règles à suivre sont exposées dans le procédé connu sous le nom de Horn ou de Roonhuysen.

Ce procédé diffère peu en réalité de celui du bec-de-lièvre simple. On commence par rafraîchir les bords de la perte de substance, et on lui donne alors la forme d'un V que l'on a soin d'imiter lorsqu'on enlève un cancer et que l'on veut mettre les lèvres de la plaie

en contact. Cette forme en V est une condition *sine qua non* de cette opération. Cela fait on procède à la dissection des deux lambeaux jusqu'à la pointe du V et en les renversant en dehors afin de mieux diriger l'instrument. Le décollement doit être proportionné à l'étendue de la perte de substance. De temps en temps on rapproche les lèvres l'une de l'autre, afin de ne pas porter une dissection douloureuse trop loin et d'éviter des rapprochemens inutiles des lèvres de la plaie, dans le cas où le décollement ne serait pas assez considérable. Il vaut mieux d'ailleurs que les lèvres de la plaie soient un peu plus relâchées que moins.

La réunion est alors pratiquée et les bords de la division sont maintenus par la suture entortillée. Le recollement des parties profondes s'opère promptement ainsi que l'agglutination des lèvres de la plaie. Lorsque le décollement est considérable, il est convenable d'exercer une légère compression pour empêcher le sang de s'épancher.

Les chirurgiens conseillent de pratiquer des incisions en dehors et de chaque côté de la plaie pour prévenir la distension : ce sont les incisions latérales de Guillemeau et de Thévenin ajoutées à ce procédé. J'y ai fréquemment recouru avec avantage et je conseille de s'en servir sans hésitation toutes les fois que cela paraît utile. Souvent après la guérison il ne reste qu'une cicatrice à peine visible et la bouche offre seulement un peu de diminution dans son calibre, ce qui dans certaines circonstances n'est pas un inconvénient,

d'autant qu'au bout d'un certain temps il s'opère un relâchement dans les tissus qui fait souvent disparaître tout tiraillement. J'ai observé ce fait sur les malades auxquels j'ai pratiqué l'opération dont il s'agit, et M. Roux de Saint-Maximin est aussi de cet avis. Dans la première observation de son mémoire (¹), il rapporte qu'un vieillard de 80 ans vint le consulter au mois de décembre 1822 pour un cancer qui s'étendait d'une commissure à l'autre. L'opération parut la seule chance à tenter, et M. Roux l'exécuta le 16 décembre. Il comprit la tumeur entre deux incisions se dirigeant vers la fossette du menton de manière à représenter un V à sommet inférieur. Il décolla les lèvres de la plaie; trois points de suture entortillée furent appliqués. Le quatrième jour le premier pansement fut fait, la réunion était complète excepté dans sa partie déclive par où la salive s'écoulait en petite quantité. Bientôt la fistule se ferma et il ne resta plus sur la ligne médiane qu'une cicatrice linéaire. M. Roux en examinant l'intérieur de la bouche fut heureusement surpris de trouver une espèce de frein muqueux qui n'était autre chose qu'un repli de la muqueuse qui remplaçait le premier enlevé avec la tumeur.

La lèvre inférieure qui d'abord offrait une diminution notable de longueur s'élargit graduellement, et l'ouverture buccale finit par avoir une conformation régulière convenable. Il fut permis au ma-

(¹) *Mémoire sur le cancer des lèvres et sur une nouvelle méthode opératoire* (Revue médicale, janvier 1828, p. 30 et suiv.)

lade de mâcher les alimens sans aucune difficulté.

C'est là ce qui se passe lorsque la perte de substance permet la réunion après avoir formé une es-pèce de V et décollé suffisamment les chairs. Voici maintenant ce que l'on doit faire lorsqu'il s'agit d'une perte de substance plus considérable, si l'altération ne comprend pas une grande étendue dans la hauteur des lèvres, l'autoplastie est généralement inutile; il suffit d'exciser avec des ciseaux courbes sur leur plat toute l'altération et de recouvrir les surfaces saignantes avec de l'amadou pour arrêter l'hémorrhagie. Ce procédé qui appartient à Dupuytren et à Richerand permet aux parties de se réparer avec une rapidité et une régularité quelquefois admirables. J'ai vu ces deux habiles chirurgiens opérer ainsi, et j'ai été toujours frappé de la manière dont le niveau s'est établi et dont la réparation s'est faite sans presque de difformité; mais lorsque la perte de substance en hauteur égale la perte de substance en largeur, il convient de déplacer un lambeau et de lui donner la forme de la plaie, c'est-à-dire celle d'un carré, ce qui est le plus ordinaire, ou d'un triangle. C'est d'ailleurs à l'inspiration du chirurgien qu'il faut s'en rapporter pour les modifications intermédiaires.

Méthode française compliquée. — Quant aux ouvertures accidentelles c'est par des procédés autoplastiques un peu plus compliqués qu'on parvient à les fermer: il me reste à les décrire.

Procédé de Chopart.

Le malade étant placé devant une vive lumière, le chirurgien fait partir du bord libre de la lèvre et en dehors de l'altération, par conséquent de chaque côté, deux incisions profondes perpendiculaires lesquelles descendent jusqu'au dessous du menton. En agissant ainsi on circonscrit le cancer et la portion des parties molles qui doit réparer la perte de substance, dans un carré que l'on dissèque sans racler le périoste, et en laissant au lambeau une épaisseur convenable. Cette dissection s'opère de haut en bas; elle se prolonge plus ou moins bas suivant l'étendue du désordre à réparer. Après ce premier temps, on enlève d'un seul coup, et carrément par une section transversale qui empiète sur les tissus sains, toutes les parties altérées. C'est alors que le reste du lambeau est remonté au niveau des lèvres et des commissures, et qu'il est maintenu en place par des points de suture. Les aiguilles supérieures sont placées les premières, la tête du malade est penchée sur la poitrine pour éviter les tiraillemens qui pourraient être exercés sur le lambeau. M. Velpeau (1) cite deux cas dans lesquels on a complètement réussi par ce procédé à réparer des pertes de substances qui auraient entraîné une difformité choquante. Il est bien entendu qu'après cette opération, la nouvelle lèvre demeure collée aux dents,

(1) *Nouveaux élémens de médecine opératoire*, t. 1, p. 664.

qu'elle est dépourvue de mouvemens et qu'elle tend à se recoquiller par son bord libre.

Modifications apportées à ce procédé par M. Roux de Saint-Maximin.

C'est ce procédé qui a reçu un agrandissement pour ainsi dire illimité dans les mains de M. Roux de Saint-Maximin, qui l'a en quelque sorte rendu vulgaire en faisant connaître tout ce que peut obtenir le chirurgien qui ose entreprendre une opération hardie. Cet auteur me paraît s'être laissé guider principalement par la lecture de l'observation de M. Lallemand; et c'est, en effet, la forme que celui-ci donnait à la direction du pédicule, et non le procédé de Chopart dont il ne paraît pas avoir eu connaissance, qui a conduit ce médecin à la découverte de son procédé.

31^e Observation. — Louis Flayol, âgé de 67 ans, consulta, en 1822, M. Roux de Saint-Maximin, pour une petite tumeur développée à droite de la lèvre inférieure, et précisément dans le point où le tuyau de la pipe appuyait. Elle était rénitente, douloureuse, et le siège d'élancemens. Flayol ne voulut pas suivre les conseils de notre habile confrère, et s'adressa à un empirique qui cautérisa la tumeur et l'exaspéra beaucoup. Les accidens devinrent tels, qu'au mois de septembre 1823 il revint de nouveau consulter M. Roux. La tumeur offrait alors les caractères d'un cancer ulcéré, répandant une odeur infecte, et se

prolongeant de la commissure gauche jusqu'au milieu de la joue droite en dépassant en haut le niveau de la lèvre supérieure : l'altération cancéreuse s'étendait aussi sur le menton.

En outre, les bords de l'ulcère étaient violacés, rouges, congestionnés, et une matière fétide pénétrait dans la bouche par quelques endroits où la muqueuse était perforée.

Les glandes sous-maxillaires étaient saines, et les dents étaient solides dans leurs alvéoles, ce qui fit penser que l'os maxillaire était intact. L'opération parut nécessaire; elle fut résolue et pratiquée le 21 septembre 1823.

La tête du malade étant renversée en arrière et fixée sur la poitrine d'un aide, M. Roux de Saint-Maximin pratiqua l'opération de la manière suivante :

1° L'incision partie de la commissure gauche fut conduite en haut vers le milieu de la joue correspondante en contournant la tumeur dans l'étendue d'un pouce et demi;

2° Une seconde incision commença à la fin de la première et s'étendit jusqu'au milieu du menton;

3° Une troisième incision un peu courbe entourait tout le côté droit de la tumeur en conservant la dixième partie de la lèvre inférieure. Les parties malades furent disséquées; il en résulta une énorme perte de substance augmentée encore par l'action musculaire. Notre confrère ne pouvant réunir les lèvres de la plaie à cause de

la trop grande perte de substance, s'occupa de prévenir la perte de salive et la difformité, en détachant de chaque côté les parties molles qui formaient les joues jusqu'à l'endroit où l'artère faciale contourne l'os maxillaire. Tout s'étant passé jusque-là suivant les désirs de M. Roux, il prolongea la fin de l'incision mentonnière obliquement jusqu'à l'os hyoïde, et il s'occupa de disséquer le lambeau qui commençait à l'endroit où cette incision oblique avait pris son point de départ, et prolongea la dissection jusqu'au niveau du point où la première incision avait été faite. Il comprenait la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. M. Roux put alors réparer la perte de substance en faisant remonter le lambeau, de manière à faire parvenir son angle supérieur vers le bord saignant droit des lèvres; l'angle opposé fut ajusté et réuni à la partie supérieure de la plaie, à l'endroit où devait exister la commissure gauche. De telle sorte que toute la partie intermédiaire à ces deux angles formait la lèvre inférieure. Il a donc suffi, pour remédier à un aussi grand dégât, de former un lambeau par des incisions obliques, et de faire rencontrer son angle interne au niveau de la portion de lèvre qui demeurait encore pour obtenir un résultat satisfaisant. Pour combattre l'éretisme une saignée fut pratiquée, et une potion calmante administrée, afin de calmer la toux qui s'était déclarée tout d'un coup le troisième jour. Malheureusement la toux, dont on ne put se rendre maître

déchira la cicatrice. M. Roux n'osa rien tenter de nouveau jusqu'au quarantième jour, époque à laquelle elle avait complètement cessé.

A ce moment tout était cicatrisé, si ce n'est l'angle du lambeau, et il en résultait par conséquent que la mâchoire était recouverte à l'exception des dents et des gencives. Par là la salive s'écoulait au dehors. M. Roux rafraîchit les bords flottans de la lèvre droite, de l'angle du lambeau et les maintint en contact par la suture entortillée. L'adhérence ne se fit pas encore complètement, mais elle s'obtint dans les deux tiers environ. Cela fut suffisant pour retenir la salive dans la bouche, quoique le malade conservât encore une petite difformité et montrât trois dents. La gencive étant recouverte, M. Roux ne crut pas devoir faire de nouvelles tentatives pour remédier à cette difformité.

32^e Observation. — Verlac, âgé de 55 ans, grand fumeur pendant sa jeunesse, portait un cancer qui occupait toute la lèvre inférieure, lorsque quinze ans après l'apparition du mal, il fit appeler M. Roux de Saint-Maximin pour lui donner des conseils. Ce chirurgien reconnut un cancer qui s'avancé jusqu'au menton, se prolongeait dans l'épaisseur de la joue gauche dans l'étendue de 2 pouces, où il formait deux tumeurs; il commençait à envahir la joue droite et la commissure où il formait une seule tumeur.

Le 31 janvier 1845, M. Roux pratiqua l'ablation du carcinôme, qui offrait plusieurs ulcérations, il en-

toura de la manière suivante la tumeur cancéreuse par des lignes courbes et droites. Voici comment il procéda :

1° Il pratiqua une incision courbe à gauche de la commissure jusqu'au masséter sur lequel elle se terminait en contournant les tumeurs et en se dirigeant en arrière, en haut et en dehors ;

2° De l'extrémité de celle-ci il en fit partir une seconde de haut en bas jusqu'au menton ;

3° Il porta son bistouri ensuite vers la commissure droite et contourna la tumeur en demi-cercle et dans l'étendue de plus d'un pouce ;

4° Enfin, il prolongea cette dernière incision jusqu'au milieu du menton où se trouvait la seconde incision.

L'opérateur put alors enlever la tumeur en la détachant de l'os maxillaire et en l'attirant vers lui avec une érygne.

L'os maxillaire fut mis à découvert presque dans tout son corps, et la bouche demeura hideusement ouverte. M. Roux répara la perte de substance en formant une mentonnière cellulo-tégumentaire aux dépens de la partie antérieure du cou, en ayant bien soin pendant la dissection de ne pas toucher aux muscles de cette région ; il la remonta bientôt jusqu'à la hauteur des dents et la fixa aux commissures par les deux points extrêmes de sa circonférence. Le milieu forma l'étendue de la lèvre inférieure. Il y eut réunion par première intention. Les points de suture

demeurèrent jusqu'au huitième jour et des bandettes agglutinatives maintinrent le lambeau relevé.

Le douzième jour on cessa d'appliquer un appareil, la tête se releva et des alimens furent pris. Le malade ne perdait pas de salive et parlait parfaitement.

33° *Observation.* — Sur le nommé Jean Fabre, âgé de 63 ans, M. Roux pratiqua une opération à-peu-près semblable à la dernière. Il forma aussi une mentonnière avec la peau du cou et obtint la réunion. Mais il y eut récurrence, et il fallut enlever le lambeau devenu cancéreux, abattre avec un petit ciseau et une gouge une partie de l'os malade dans une étendue de plus d'un pouce et faire l'extraction des quatre dents incisives. M. Roux fit ensuite un nouveau lambeau aux dépens du cou, et l'élasticité des tégumens lui permit facilement d'en déplacer une quantité suffisante pour reformer une nouvelle lèvre. Le malade guérit en conservant une bouche régulière.

34° *Observation.* — Le même chirurgien rapporte une cinquième observation qui a trait à un vieillard de 74 ans, affecté d'un cancer qui s'étendait du voisinage du nez jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure; il avait 2 pouces et demi de long sur un pouce et demi de large.

L'altération fut entourée par deux incisions semi-elliptiques faites avec un bistouri; toute l'épaisseur de la joue et une partie de la lèvre inférieure furent

enlevées. Une perte de substance de 3 pouces de long et 2 pouces de large résulta de cette ablation. Comme on ne pouvait pas réunir à cause de la trop grande perte de substance, M. Roux disséqua la lèvre inférieure séparée de la commissure et obtint un large lambeau qu'il laissa tomber, puis il disséqua la peau sur le buccinateur et le masséter. Il put alors réunir par des points de suture les parties qui avaient prêté. Le douzième jour, la réunion fut complète ; la bouche était régulière, la parole et la mastication faciles. M. Jaumes n'ayant qu'une cicatrice linéaire presque imperceptible, reprit des alimens solides et toutes ses habitudes.

Réflexions.

Ainsi, pour remédier aux difformités des lèvres, M. Roux a eu recours à différens procédés opératoires qui se rapportent à la grande méthode par déplacement, et sont tous établis d'après l'étendue et la forme de l'altération.

Par un premier procédé qui est décrit dans la seconde observation, après avoir décollé les parties molles environnantes, il a taillé un lambeau oblique qu'il a pu remonter au-devant du menton, de manière à reformer avec lui le corps de la lèvre et les deux commissures.

Dans un second procédé, il s'est borné à décoller la peau et le tissu cellulaire du cou sans toucher aux autres couches de cette région et sans inciser les té-

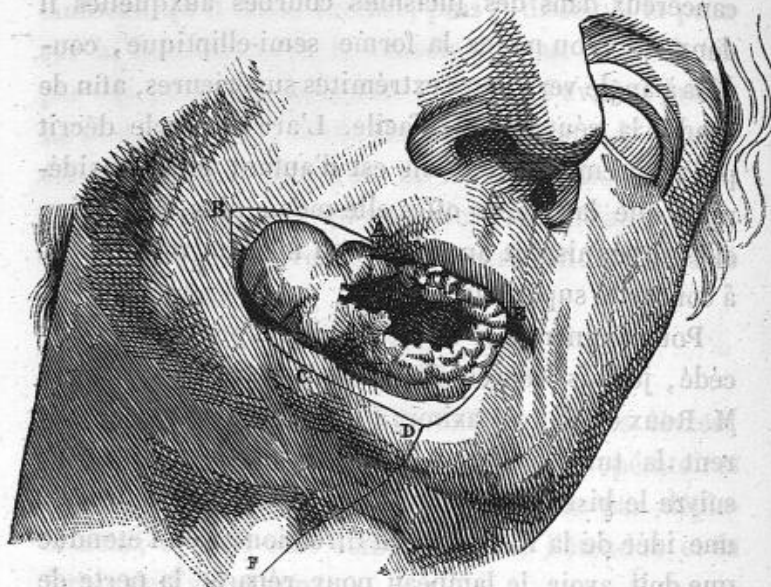
gumens, de manière à constituer une véritable mentonnière que l'on remonte jusqu'à la hauteur des dents en ayant soin de former les commissures avec les extrémités de la mentonnière. Pour parvenir à ce résultat, M. Roux circonscrit la tumeur ou l'ulcère cancéreux dans des incisions courbes auxquelles il donne plus ou moins la forme semi-elliptique, coupées à angle vers leurs extrémités supérieures, afin de rendre la réunion plus facile. L'arc de cercle décrit par la première incision est d'autant plus considérable que la tumeur offre elle-même plus de saillie ; elles se réunissent au menton en formant une courbe à concavité supérieure.

Pour donner plus de facilité à comprendre ce procédé, je fais représenter ici deux figures d'après M. Roux de Saint-Maximin (1). Les lignes qui entourent la tumeur et qui indiquent le trajet que doit suivre le bistouri me paraissent très propres à donner une idée de la forme, de la direction et de l'étendue que doit avoir le lambeau pour réparer la perte de substance.

Les lignes sur lesquelles se trouvent les lettres E, A, B, C, D indiquent la marche que le bistouri a suivie pour circonscire la tumeur, et on peut voir qu'elles représentent des angles pour permettre plus facilement la réunion des lèvres de la plaie. La ligne tirée de D à F indique le trajet qu'a suivi

(1) *Revue médicale*. Paris, 1828, t. 1, p. 30 et suiv.

le bistouri pour tailler un lambeau latéral et médian aux dépens de la joue et du cou. Après avoir



enlevé la tumeur et disséqué le lambeau triangulaire, on a pu remonter celui-ci et réunir la partie correspondante à D à la partie correspondante à E, et la lettre C à la lettre A. On comprend facilement que de la sorte on a pu former les commissures et réparer la perte de substance.



Cette figure représente l'étendue de la tumeur, sa circonscription par des incisions et la forme que la plaie avait après l'ablation du cancer. La lèvre a été reformée aux dépens de la peau du cou qui a pu être remontée pour former le bord libre de la lèvre inférieure. Celui-ci est représenté par l'espace qui sépare B de A. Comme on le voit, pour réparer une si grande perte de substance, on a dû réunir les incisions représentées par les lignes AE, EF et celles représentées par les lignes DC et CB.

Enfin, dans un troisième procédé opératoire, M. Roux a fait usage du procédé de M. Roonhuysen.

Quoique notre confrère ait obtenu de beaux résultats par son procédé d'autoplastie par déplacement, il ne peut se dissimuler que le lambeau s'affaisse par son bord libre, et que, par conséquent, il faut lui donner un tiers de plus en hauteur qu'il ne conviendrait de faire s'il ne perdait pas dans ce sens. Il convient donc de lui donner cet excès de longueur pour prévenir cet accident. D'ailleurs, les mouvemens, la mastication, etc., sont parfaitement conservés après cette opération; la salive est bien contenue et la bouche est régulière. Mais pour être exact il faut ajouter que la lèvre se ment tout d'une pièce par les contractions des tissus voisins.

Modifications apportées par MM. Morgan et Lisfranc.

M. Morgan ayant à traiter un vieillard dont la lèvre inférieure avait été détruite par un cancer, modifia de la manière suivante le procédé de M. Roux : il circoncrivit l'altération par une incision en demi-lune; puis détacha les tissus malades, et fit ensuite partir une incision du milieu de la première et la prolongea en bas jusqu'à l'os hyoïde. Bientôt il put disséquer les deux lambeaux qu'il remonta au-dessus du menton, afin de former avec eux la nouvelle lèvre. Quelques points de suture furent appliqués, et un bandage en fronde servit à compléter le pansement. Le malade guérit parfaitement.

M. Lisfranc a proposé la même modification au procédé de M. Roux, de manière à avoir deux lam-

beaux latéraux pour empêcher le pus ou le sang de séjourner au fond de la poche. Le malade de M. Lisfranc fut moins heureux que celui de M. Morgan ; car il succomba le cinquième ou le sixième jour.

Cette modification me semble peu importante et ne fait que compliquer le procédé opératoire, puisque le recollement s'obtient parfaitement quand la coaptation a été exacte et la compression régulière. Il est pourtant un cas dans lequel on peut pratiquer l'incision médiane, c'est lorsqu'on a été obligé d'enlever des lames de la mâchoire, ou de faire une perte de substance à l'os.

Procédé de Delpech et de M. Serre.

Delpech a dit, qu'on ne parviendrait à refaire une lèvre régulière, que lorsqu'on pourrait revêtir son bord libre d'une membrane muqueuse, et il a donné, pour arriver à ce but, un procédé qui lui appartient, quoi qu'en aient dit des écrivains étrangers ; malheureusement ce procédé ne peut pas trouver souvent son application, à cause de la part que la muqueuse prend à l'altération qui exige l'ablation de la tumeur. M. Serre a tiré parti des idées de Delpech ; mais il nous paraît s'être trompé en disant que la membrane muqueuse est rarement affectée, car elle participe presque toujours plus ou moins à l'altération, ainsi qu'on peut le voir tous les jours, et qu'on a pu le lire dans les observations rapportées par M. Roux de Saint-Maximin.

M. Delpéch comprenait si bien cette loi, en vertu de laquelle les membranes cutanée et muqueuse conservent les tissus qu'elles recouvrent, qu'il voulait donner au lambeau réparateur de la lèvre deux faces cutanées en le repliant sur lui-même. Il avait senti la nécessité d'une membrane muqueuse pour consolider la lèvre de nouvelle formation, et il ajoutait que, pourvu qu'on lui donnât une muqueuse, il arriverait à la perfection. L'idée lui appartient donc sans conteste; mais l'application lui a manqué. L'honneur de celle-ci revient à M. Serre, et c'est à tort que le professeur Sanson l'a attribuée à M. Dieffenbach qui n'a réellement aucun droit à cette découverte que je vais exposer en peu de mots. Avant d'extirper la tumeur, M. Serre conseille de disséquer la membrane muqueuse de la face interne de la tumeur, afin de la ramener sur le bord libre du lambeau, auquel elle doit servir de bordure et de soutien. Si elle agit dans ce cas comme tégument protecteur, il est évident aussi que c'est surtout en s'opposant à la suppuration qu'elle prévient l'affaîssement et le recoquillement sur lequel M. Serre a peut-être trop insisté. Quoique cette modification du procédé de M. Roux de Saint-Maximin soit douloureuse, s'il était possible d'en faire souvent l'application, elle serait d'une incontestable utilité, et ce qui le prouve, c'est que l'auteur l'a employée déjà plusieurs fois avec succès.

Modification de Viguerie.

Un chirurgien habile et d'un mérite incontes-

table, M. Viguerie de Toulouse, a introduit une autre modification qui mérite d'être mentionnée : elle consiste à conserver le bord libre de la lèvre lorsqu'il a été respecté par la lésion, à couper tout ce qui se trouve au-dessous, de manière à laisser là comme une espèce de pont, que le lambeau, taillé à la manière de M. Roux de Saint-Maximin, vient rechercher pour être réuni à lui. C'est le moyen d'avoir un bord libre, complètement naturel. Le malade qui fut opéré par M. Viguerie fut parfaitement guéri.

B. *Chéiloplastie par déplacement dans les cas compliqués.* — Les complications principales tiennent aux altérations du corps de la mâchoire, aux déviations des dents, et au bec-de-lièvre où l'autoplastie est nécessaire.

1° *Complication d'altérations des dents et du corps de l'os.* — Le corps des os maxillaires peut être hypertrophié et saillant, au point de s'opposer à la réunion, même après la création d'un lambeau. Les dents peuvent être saillantes, déformées, déplacées, gêner la manœuvre opératoire et nuire au résultat de l'opération. Dans le premier cas, on est forcé de faire une résection et d'enlever l'excès d'épaisseur de la mâchoire, au moyen d'une petite gouge, d'un ciseau avec ou sans maillet. Lorsque la perte de substance des parties molles est trop considérable et que l'os est déformé, il devient nécessaire d'en enlever une portion suivant sa longueur. Quant aux dents, on en fait l'extraction en respectant les seconds germes, s'ils

sont contenus encore dans les alvéoles, ainsi que cela a été fait par M. Lallemand dans une résection de la mâchoire pratiquée suivant la hauteur.

Sur une jeune fille, qui ne conservait qu'une très-petite partie de la lèvre inférieure, et chez laquelle depuis son plus jeune âge, il y avait absence de la moitié de la lèvre supérieure avec déviation en dehors des os maxillaires qui formaient une saillie prononcée, M. Roux pratiqua le ravivement des lèvres de la plaie à laquelle il donna la forme d'un triangle; puis de deux traits de scie, il retrancha à-peu-près un pouce de la mâchoire inférieure. Il put alors rapprocher les deux portions l'une de l'autre, mettre les lambeaux en contact, et les maintenir par la suture entortillée. Le succès fut complet de ce côté. La malade se refusa à ce qu'on en fit autant à la mâchoire supérieure et à la lèvre correspondante. Elle ne fut donc pas complètement guérie; mais elle éprouva une grande amélioration. A ces faits s'ajoutent une observation intéressante empruntée à la remarquable thèse de notre confrère, le docteur Forget, sur les kystes et les résections du maxillaire inférieur.

35° Observation. — Destruction de la lèvre inférieure par la morsure d'un porc. — Déviation de l'os maxillaire. — Résection. — Chéiloplastie. — Une femme de 35 ans eut la lèvre inférieure coupée et emportée par la morsure d'un porc à l'époque où elle était encore en nourrice. Le corps de la mâchoire, avec la base de laquelle les

parties molles, en se cicatrisant, ont contracté des adhérences intimes, est complètement à découvert depuis l'avant-dernière molaire gauche jusqu'à la première petite molaire droite.

Dans toute cette étendue, au lieu d'être vertical, le bord alvéolaire est dirigé horizontalement, de telle sorte que les dents, tournées en bas et en avant, font une saillie considérable, et présentent un plan incliné qui facilite beaucoup l'écoulement de la salive. On dirait que le corps de l'os a été tordu d'arrière en avant et de haut en bas, au niveau de ses angles, à une époque peu avancée de l'ossification. Dans l'impossibilité de trouver sur le cou et sur la partie inférieure des joues assez de tissus pour recouvrir l'os maxillaire ainsi dévié, M. Lisfranc pratiqua d'abord à l'aide de la scie *passé-partout*, la résection de toute la portion saillante, ne conservant que quelques lignes de la base de la mâchoire; les lambeaux de réparation eurent ensuite assez de longueur pour reconstituer la lèvre inférieure et s'opposer à l'écoulement de la salive.

2° *Complication du bec-de-lièvre.* — En général le bec-de-lièvre simple se traite par le ravivement et la suture, et lorsque le ravivement est fait d'une manière convenable dans toute la longueur des bords du bec-de-lièvre, on obtient une guérison exempte de difformité et de dépression.

Mais lorsque les bords du bec-de-lièvre sont déprimés vers leurs extrémités libres, on peut être sûr qu'il demeurera après la guérison une espèce de petite

dépression choquante que l'on peut très bien effacer en ayant soin de mettre à profit les recherches de M. Malgaigne. Voici en quoi consiste ce procédé autoplastique. Au lieu de raviver le bec-de-lièvre du bord libre vers le nez, et d'en détacher la partie saillante dans ce sens, on se sert d'un bistouri pour en rafraîchir les lèvres; on le plonge dans l'épaisseur d'une des lèvres de la division, et on détache ainsi de haut en bas un petit lambeau de chaque côté, qui ne tient plus qu'à l'extrémité libre. Après le ravivement, on procède à la coaptation des lèvres et au renversement des deux petites bandelettes autoplastiques dont les parties saignantes se trouvent ainsi en contact. La suture entortillée est pratiquée comme d'habitude, une très fine épingle est enfoncée dans l'épaisseur des deux petits lambeaux et dans l'épaisseur de la lèvre afin de les maintenir en contact. Cette modification ingénieuse efface constamment la dépression qui existerait quelquefois sans elle. Malheureusement le bec-de-lièvre n'est pas toujours simple, et il existe souvent une double fente qui laisse dans son intervalle un lobule de parties molles supporté par l'os incisif. Ce vice de conformation toujours congénial est accompagné d'un affaissement des ailes du nez et de l'écrasement de cet organe, ainsi que de la communication des fosses nasales avec la bouche et souvent du voile du palais. Sans m'étendre sur l'étiologie de ce vice de conformation, je crois cependant devoir présenter quelques remarques sur l'os incisif et sur la

disposition des parties molles qui le recouvrent plus ou moins; mais jamais complètement. Ces parties constituent cette saillie qui existe entre les deux fentes dont je viens de parler.

La portion osseuse représente l'os intermaxillaire des vertébrés dont les recherches de MM. Cruveilhier et Velpeau nient l'existence comme os spécial, tandis que Spigel, Goethe et Meckel la regardent comme démontrée dans l'homme. Cette portion est plus ou moins saillante, plus ou moins relevée en avant, et recouverte en grande partie par les parties molles qui constituent le tubercule ou le lobule médian. J'ai vu des cas dans lesquels l'os était à nu dans une bonne partie de sa longueur.

Les parties molles qui recouvrent l'os intermaxillaire, forment un tubercule médian, où si l'on aime mieux un mamelon charnu qui peut s'insérer sur différens points de la cloison, et de manière à pouvoir atteindre même la pointe du nez. Si on veut alors, suivant Dupuytren, fixer ce lobule aux deux lèvres latérales, on augmentera beaucoup la difformité déjà existante, et l'on verra les ailes s'élargir et le nez s'aplatir.

Dupuytren, après avoir opéré des malades chez lesquels il avait conservé le lobule médian, et ayant observé les difformités très grandes qui restaient après cette opération, a établi que, dans le cas où le lobule se rapprochait de la pointe du nez, il convenait de le détacher de l'os intermaxillaire, de le rele-

ver horizontalement en arrière, de manière à constituer la sous-cloison en partie ou en totalité et de retrancher d'abord l'os qui supporte ce mamelon. Dupuytren a démontré aussi que le lobule médian devait être conservé lorsqu'il recouvrait l'os incisif.

Plusieurs fois déjà j'ai remédié à la difformité en abaissant l'os incisif, soit par un seul mouvement de bascule, soit par une brisure, soit par une section faite en arrière comme le pratique un chirurgien, et en réunissant les deux côtés du lobule aux deux bords des fentes après les avoir ravivés. Le plus ordinairement j'ai décollé le lobule médian de l'os incisif, afin de pouvoir le tirer tout-à-fait au devant de ce dernier.

Le procédé ingénieux qu'a suivi Dupuytren ne peut que rendre la difformité moins considérable; mais il ne l'efface pas tout entière et les narines demeurent affaissées et le nez écrasé. Voilà pourquoi des chirurgiens ont eu recours à l'autoplastie par déplacement pour remédier à une pareille difformité. L'autoplastie, en effet, permet de rapprocher les parties, de les relâcher, et donne à la suture le moyen de maintenir en contact les surfaces saignantes sans déchirer, et quels que soient les cris auxquels les petits malades se livrent. M. Velpeau avait compris la nécessité de se servir de l'autoplastie par la méthode française, pour remédier à ces vices de conformation pour lesquels l'opération n'était pas toujours faite avec succès. « Pourquoi, dit-il, ne pas séparer « des os la face postérieure des deux moitiés de la

« lèvre jusqu'aux environs de la pommette pour les
« ramener ensuite plus facilement l'une vers l'autre. »

M. Dieffenbach a voulu remédier au même vice de conformation en détachant les ailes du nez, les lèvres, des os maxillaires, et en rapprochant les ailes du nez par une épingle « qui, partant de l'angle externe
« d'une aile pour sortir au côté correspondant de l'autre, passe par les angles supérieurs des deux lèvres
« entre lesquelles elle fixe aussi le pédicule qu'elle traverse (Thèse de M. Tanard. — Strasbourg). »

M. Philipps a publié (') un procédé opératoire à l'aide duquel il croit pouvoir redresser le nez et effacer toute difformité; il commence par disséquer le lobule, le séparer de l'os incisif qu'il arrache avec un davier. Il détache la sous-cloison et les ailes du nez, et traverse avec une longue aiguille d'argent qu'il fait pénétrer d'un côté à l'autre du nez en la poussant derrière l'aileron pour la faire sortir du côté opposé. Voici comment M. Philipps s'exprime relativement à son procédé opératoire qui n'est qu'une modification de ceux de MM. Velpeau et Dieffenbach.
« Je commence par détacher le lobule attaché à l'os
« incisif; je saisis cet os avec un fort davier, je lui
« imprime un mouvement de torsion, et je l'arrache.
« Les lèvres et les joues sont ensuite séparées de leurs
« adhérences aux os de la face, de manière à les rendre
« entièrement libres et à en faire deux lambeaux,

(') *Revue médico-chirurgicale*, mars 1847.

« qu'il est très facile de rapprocher. Les bords du
« bec-de-lièvre, fixés avec des pinces à dents, sont
« réséqués à l'aide de forts ciseaux très recourbés
« à leur pointe. La même opération est faite sur le
« lobule, de sorte que toutes les surfaces étant sai-
« gnantes, on peut passer à l'application des sutures.

« Je place d'abord deux petites plaques de carton
« sur les côtés des ailes du nez, et je traverse la base
« de cet organe en passant derrière les ailerons avec
« une très grosse épingle qui prend un point d'appui
« sur les plaques de carton. A mesure que l'on tire
« cette épingle on fait saillir en avant la pointe du nez
« qui semble sortir de la cavité de la face; on rap-
« proche les ailes, et du même coup les bords écartés
« de la lèvre supérieure; et l'on se crée ainsi un point
« d'appui qui empêche le tiraillement des lambeaux.

« Un bout de fil ciré est passé en huit de chiffre
« sur les deux extrémités de l'épingle, et met un
« obstacle solide au retrait des ailerons.

« Les sutures sont ensuite placées de manière à
« souder le lobule entre les deux bords de la lèvre
« et à donner à la cicatrice la forme d'un Y. Je n'em-
« ploie jamais la suture entortillée dans les lésions
« de la face, les épingles m'ayant paru laisser des
« cicatrices difformes. Que l'on se souvienne des su-
« jets opérés du bec-de-lièvre par le procédé ordi-
« naire, ils conservent tous des traits caractéristiques
« de la difformité qu'ils ont portée. D'abord, un angle
« rentrant au point de la jonction des lambeaux; puis,

« l'empreinte des épingles sur les côtés de la suture. »

L'aiguille sert bien de point d'appui aux autres points de suture; mais elle a, en outre, pour avantage de permettre aux cônes de liège d'agir à la manière de coins qui rapprocheraient du centre les ailes du nez de la sous-cloison devenue elle-même mobile. Il est parfaitement vrai que le nez se vousse, par suite du simple redressement des ailes du nez et de la cloison qui agissent alors sur la voûte de cet organe, à la manière de piliers dont on effacerait l'obliquité. Par ce mécanisme on ne diminue nullement le calibre des narines; mais on le régularise.

Quant à ce que dit M. Philipps au sujet de l'extirpation de l'os incisif, je ne partage aucunement sa manière de voir, car je ne la considère pas comme innocente, et d'ailleurs je la crois parfaitement inutile quand le lobule médian le recouvre dans toute son étendue et même lorsqu'il ne le recouvre qu'en partie. Lorsqu'il en est autrement on peut, au contraire, en faire l'extirpation avec avantage.

Lorsque M. Philipps fait le procès à la suture entortillée, pour lui préférer la suture entrecoupée, est-il bien au niveau des connaissances actuelles? On sait que M. Paul Dubois (1) a donné le conseil de relâcher les fils pour éviter les dépressions dont M. Philipps parle, et ne sait-on pas d'ailleurs que les fils dans la suture entrecoupée laissent après eux lorsqu'ils sont demeu-

(1) *Sur le bec-de-lièvre et le moment le plus opportun pour l'opérer* (Bulletin de l'Académie de médecine, t. x, p. 766).

rés trop long-temps en place, ou ont été trop fortement serrés, les mêmes sillons cicatriciels ?

Plusieurs fois déjà j'ai réussi par ce procédé à redresser des nez écrasés. J'ai vu des malades indociles, des enfans criards, guérir malgré cela avec beaucoup de promptitude et sans difformité. Dernièrement j'ai opéré une petite fille d'un mois qui avait un double bec-de-lièvre, une fente du plancher des fosses nasales et une division du voile du palais. Il existait un lobule médian et un os inter-maxillaire qui lui servait de soutien et le dépassait un peu. J'ai détaché le lobule de l'os inter-maxillaire, ravivé les lèvres du bec-de-lièvre, et j'ai ensuite largement décollé les ailes des fosses nasales ; une aiguille a été introduite d'un aileron à l'autre, et une pression graduelle a été exercée sur les ailes du nez à l'aide de petits coins en liège. Mais j'ai traversé avec deux aiguilles toute l'épaisseur du mamelon et les deux tiers de chaque bord de la fente des lèvres préalablement ravivée. La suture entortillée a terminé le rapprochement des surfaces saignantes. Le cinquième jour les points de suture ont été retirés, la réunion était parfaite, et toute difformité était effacée. L'écrasement du nez avait disparu. Malheureusement le huitième jour, au moment où elle allait partir pour Orléans, elle a succombé à des vomissemens et à une diarrhée violente.

A la suite de ces dissections, il peut survenir un écoulement de sang. Je l'ai vu une fois ; mais il n'a pas été suivi de la mort.

Dans le mois de décembre 1847, j'ai de nouveau pratiqué cette opération pour un bec-de-lièvre à une seule fente sur un enfant de deux ans et demi; le ravivement a été pratiqué, ainsi que le décollement de la narine correspondante qui avait subi un affaissement très difforme. Le résultat a été très heureux.

C. *Chéiloplastie par la méthode indienne.* — Le premier, en France, Delpech a réparé des lèvres par la méthode indienne; mais il a opéré sans succès. Ce chirurgien, après avoir circonscrit un lambeau sur la région sus-hyoïdienne, le soulevait, le tordait sur lui-même et le pliait sur sa face celluleuse avant de le fixer en place par de nombreux points de suture. Delpech cherchait ainsi à obtenir deux faces cutanées et un bord libre tégumentaire qui ne pourrait pas adhérer à l'arcade alvéolaire; mais il a vu le lambeau se gangréner, et rien n'a pu prévenir cet accident.

Les insuccès de Delpech ne doivent pas, à mon avis, faire rejeter la méthode indienne. Les accidents me paraissent dus à la manière dont l'opération a été pratiquée et non à la méthode elle-même. Les faits rapportés par Lynn, Textor, Dieffenbach et Versin de Limoges, ne permettent pas de douter de son utilité lorsqu'on aura soin de la pratiquer dans toute sa simplicité.

Appréciation.

Ainsi les faits démontrent que la méthode par déplacement et la méthode indienne ont été employées avec avantage pour la réparation des lèvres; et ils

établissent, en outre, suivant moi, que la première est supérieure à la seconde.

La méthode par déplacement me paraît convenir surtout pour les grandes pertes de substance, lorsqu'il s'agit, par exemple, de refaire une lèvre entière ou de boucher une large ouverture.

La méthode par torsion réussirait mieux dans les cas de difformités partielles.

Si on compare tous les procédés de la méthode par déplacement entre eux, on voit que le procédé de Chopart, qui a donné naissance à tous les autres, remplit parfaitement les indications dans le cas où les altérations sont peu étendues; mais il est évident que le procédé de M. Roux de Saint-Maximin est préférable pour une lésion étendue, et qu'il remplit à-peu-près les vues du chirurgien. Tout milite en sa faveur depuis les incisions qui donnent à la surface saignante une forme elliptique, jusqu'au grand décollement du lambeau cellulo-cutané qui représente une véritable mentonnière, laquelle vient former la lèvre, tandis que ses angles forment les commissures. Aussi ce procédé a-t-il été généralement adopté par tous les chirurgiens à quelques modifications près. On a vu comment M. Serre l'a modifié, en le revêtant heureusement de la membrane muqueuse empruntée à la tumeur quand cette membrane est saine.

Quand il est possible de conserver le bord libre de la lèvre, comme l'a fait M. Viguerie, cette modification doit être adoptée; elle me paraît avoir une importance

beaucoup plus grande que celle qu'on lui a accordée jusqu'à présent. Cette simple bandelette donne à la lèvre la forme naturelle et s'oppose à son retrait ; ainsi cette modification est d'une réelle utilité, et ce que je dis ici est encore fortifié par ce que l'on observe sur l'urèthre de la femme. J'ai vu, en effet, qu'une petite languette, conservée à l'extrémité de ce canal, laissait à celui-ci ses diamètres et ses dimensions.

Le procédé de M. Roux de Saint-Maximin peut être modifié par une incision médiane, ainsi que Morgan l'a proposé, et l'a mis à exécution sur un vieillard, et ce procédé modifié est d'une exécution plus facile que le procédé primitif, mais il ne permettra pas à la nouvelle lèvre d'être aussi régulière ; aussi ne pourrait-il être préféré que dans le cas où on veut avoir un égout vers la partie la plus déclive.

Enfin c'est encore la méthode par déplacement que l'on choisit lorsqu'on est forcé d'enlever une portion d'un ou des deux os maxillaires pour permettre le rapprochement des lèvres de la plaie.

Tout ce qui précède a rapport aux cas qui nécessitent l'ablation assez considérable des parties molles. Mais lorsqu'on a fait l'ablation d'une très petite partie de chair, et si la perte de substance est très peu considérable, il faut détacher, décoller les parties molles de l'os et les rapprocher ensuite. C'est donc le procédé de Horn ou de Roonhuysen qui convient.

Quant à la méthode autoplastique, employée pour le bec-de-lièvre, le procédé de M. Malgaigne convient

lorsqu'il est à craindre, qu'il existe après la guérison une dépression médiane.

Dans le bec-de-lièvre double cette simple autoplastie ne peut plus convenir. On doit alors avoir recours à des décollemens de la muqueuse labio-gingivale, ainsi qu'au décollement des ailes du nez et de la sous-cloison.

§ II. — *Chéiloplastie dans les cas d'atrésie buccale.*

L'ouverture buccale peut être rétrécie par des brûlures, par des plaies d'armes à feu, par des opérations pratiquées dans le but de guérir un cancer, par des suppurations prolongées, par la gangrène, par la pustule maligne, les ulcères syphilitiques, etc.

Comme ces rétrécissemens sont presque tous accidentels et gênent la préhension des alimens, la mastication, l'articulation des sons, la parole, il est indispensable d'y apporter un remède efficace; et d'ailleurs les fonctions que je viens d'énumérer ne seraient pas gênées, au point de nuire beaucoup sous ce rapport au malade, qu'on devrait les combattre pour prévenir la reproduction de la maladie; car la récurrence peut être provoquée par des irritations et des tiraillemens continuels exercés par les muscles qui se fixent sur l'orifice rétréci de la bouche.

Tous les moyens mécaniques que l'on a employés pour s'opposer au rétrécissement buccal ont été à-peu-près toujours insuffisans et n'ont eu le plus souvent pour effet que de durcir les tissus et d'augmenter la

difformité. Les incisions pratiquées sur les commissures n'ont guère eu plus de succès que les agens dilatans, leur effet n'a été que momentané, et le rétrécissement s'est promptement reproduit, malgré l'emploi des linges enduits de cérat, des crochets, des feuilles de plomb qui agissent sur les lèvres et sur le fond de la plaie; il se forme, en effet, des bourgeons qui combent l'espace, et le rétrécissement devient même plus dur et plus fort qu'auparavant.

On a essayé un autre procédé, qui n'a pas été plus efficace et qui consiste à passer un fil de plomb dans un trou pratiqué par un trois-quart à l'endroit même où devait exister la commissure. Comme le trois-quart le fil de plomb est enfoncé de la peau vers la muqueuse et ses deux extrémités sont réunies, tordues tous les jours, de manière à couper par ramollissement les tissus, afin d'obtenir une dilatation; mais celle-ci n'est pas durable, car les tissus se réunissent par des fausses membranes et par bourgeonnement à mesure qu'ils sont coupés. La thérapeutique chirurgicale en était là lorsque la chirurgie plastique a ouvert une nouvelle voie. Plusieurs procédés ont été proposés, et tous ont ce mérite d'être fondés sur l'anatomie et la saine physiologie.

Procédé de M. Serre.

M. Serre de Montpellier, après avoir agrandi la bouche, réunit la muqueuse à la membrane cutanée. C'est un procédé anciennement employé pour le phy-

mosis et qui, dans les mains de M. Velpeau et les miennes, a été plusieurs fois couronné de succès.

Procédé de Dieffenbach ou plutôt de Werneck.

Il est un autre procédé, qu'on attribue généralement à Dieffenbach; mais qui, ainsi que M. Ph. Rigaud l'a établi (1), appartient réellement à Werneck, qui en avait conçu l'idée dix ans auparavant, et en avait même fait l'application avec succès, en 1817.

M. Dieffenbach procède de la manière suivante : il commence par exciser une portion de l'épaisseur de chaque commissure ou de chaque angle labial dans l'étendue d'un pouce, sans intéresser la membrane muqueuse. Cela étant fait, il introduit l'extrémité du doigt dans la bouche pour protéger les parties qu'il a l'intention de conserver; puis il enfonce une lame de ciseau, dont l'autre main est armée, sur l'ouverture écartée immédiatement au-dessus de la commissure, et l'enfonce ensuite dans le sens antéro-postérieur entre la muqueuse et les autres couches qui entrent dans la composition de la lèvre jusqu'à l'endroit où il désire établir la commissure en coupant tout ce qui se trouve compris entre les lames de son instrument. Il fait ensuite une seconde incision, parallèle à la première, en empiétant autant sur la lèvre inférieure qu'il l'a fait pour la lèvre supérieure. Ces deux incisions sont bientôt réunies par une petite section en demi-lune

(1) *De l'anaplastie des lèvres, des joues et des paupières, Thèse e concours, 1841, p. 100.*

vers leur extrémité postérieure. Cette bandelette carrée est disséquée et enlevée. La membrane muqueuse, toujours intacte, est de nouveau décollée aux points de réunion de ces incisions. Il pratique après cela une perte de substance semblable du côté opposé. Il recommande alors au malade d'écarter les mâchoires avec précaution, afin de tendre doucement la membrane muqueuse qu'il divise transversalement en deux portions égales, jusqu'à 3 lignes de son extrémité génale, c'est-à-dire qu'il incise au milieu et de la commissure vers la joue, de manière à obtenir deux lambeaux qu'il renverse en dehors de chaque côté pour recouvrir les surfaces saignantes, et un lambeau postérieur qui sert à tapisser l'angle de la plaie. Des points de suture, en nombre suffisant, servent à maintenir la muqueuse avec la pellicule rouge du bord des lèvres, ainsi que sur la surface saignante de la circonférence de la plaie.

Ce procédé a déjà plusieurs fois réussi à M. Dieffenbach, mais il est d'une exécution difficile, minutieuse, très douloureuse, et peut facilement échouer, si dans la dissection on dépouille la muqueuse de ses moyens d'union et de nutrition.

M. Campbell a employé le procédé de M. Dieffenbach avec succès, en se servant du bistouri, de préférence aux ciseaux, et M. Mutter y a eu recours avec avantage en préférant les ciseaux au bistouri. Je préfère l'emploi du bistouri.

M. Velpeau a proposé de modifier le procédé de

M. Dieffenbach, en commençant par passer une double rangée de fils avant de couper la membrane muqueuse au milieu, il propose de passer chaque fil de la bouche vers la plaie, puis de celle-ci à travers le bord cutané de la division.

Méthode par renversement ou par inflexion. — Je passe à la méthode que j'ai désignée sous le nom de méthode par renversement ou par inflexion et je commencerai par rapporter une observation.

36° *Observation.* — *Cancer des lèvres.* — *Autoplastie pour guérir un rétrécissement buccal survenu à la suite d'une opération de cancer.* — Le nommé Begret, porteur d'eau, âgé de 68 ans, demeurant à Belleville, entré le 27 juin à l'hôpital, porte une tumeur cancéreuse dans l'épaisseur de la joue, un peu en dehors de la commissure labiale gauche.

L'année dernière, cet homme était déjà venu à l'hôpital St.-Louis pour s'y faire traiter d'une maladie semblable; la tumeur fut enlevée par M. Ph. Boyer au mois d'avril 1841. Une cicatrice verticale occupe le côté gauche de la lèvre inférieure et marque le lieu de cette première opération. La guérison se soutint durant dix mois, au bout desquels la maladie se reproduisit au lieu indiqué plus haut. La tumeur a le volume d'une balle de fusil, elle est située à la hauteur de la bouche, à quelques lignes en dehors de la commissure; elle est enchâssée dans l'épaisseur de la joue, soulève la membrane muqueuse tout aussi bien

que la peau. Elle est recouverte par la peau devenue violacée, adhérente, non ulcérée : la commissure labiale ne participe pas à la dégénérescence, mais elle est trop rapprochée du mal pour qu'elle puisse être conservée.

Le 5 juillet, la tumeur est circonscrite par deux incisions, l'une supérieure, l'autre inférieure, qui se réunissent un peu au-devant du bord antérieur du masséter et circonscrivent un lambeau triangulaire dont la base comprend la tumeur avec la commissure correspondante. Les lèvres de la plaie sont réunies à l'aide de cinq points de suture entortillée (deux artères furent liées dans le cours de l'opération).

La dissection des parties enlevées fit voir un noyau de substance blanche, homogène, d'une grande consistance, entouré de tissu cellulaire induré.

Les 7, 8 et 9 juillet on enlève les épingles en commençant par la plus éloignée de la commissure.

La réunion se fait par première intention : la cicatrice est linéaire, horizontale, placée à la hauteur de la bouche.

La cicatrice une fois bien organisée, l'ouverture de la bouche est un peu rétrécie et pour cette raison légèrement déviée à droite ; la joue, par suite de la perte de substance qu'elle a éprouvée, est maintenue appliquée contre les arcades dentaires, elle est dans un état de tension qui résiste à l'action des muscles abaisseurs de la mâchoire : le malade se plaint de ne pouvoir ouvrir suffisamment la bouche, d'éprouver

de la gêne durant la mastication ; il réclame l'incision de la cicatrice.

Le 20 juillet, je fendis alors la cicatrice d'un coup de ciseaux et je prolongeai la bouche dans une étendue de 2 centimètres. Pour que le malade retirât quelque bénéfice de cette opération, il fallait forcer les lèvres de la solution de continuité à se cicatriser séparément. Voici ce que je fis pour m'opposer à leur réunion.

Les lèvres de la plaie sont taillées obliquement en biseau aux dépens de leur face cutanée ; cette coupe oblique permet de renverser facilement la membrane muqueuse en dehors pour venir se mettre en contact avec le bord cutané de la plaie ; de la sorte se trouve reconstitué le bourrelet muqueux qui forme à l'état normal le bord libre de la lèvre. La muqueuse est fixée dans cette position par des points de suture entortillée au nombre de deux pour chaque lèvre ; chaque épingle est placée de la manière suivante : elle traverse d'abord la muqueuse seulement et d'arrière en avant, puis, après lui avoir imprimé un mouvement de bascule qui change la direction de sa pointe, celle-ci est enfoncée d'avant en arrière à travers la lèvre, de la face cutanée vers sa face muqueuse pour aller sortir en dedans de la bouche. Ce mouvement de bascule a pour effet de favoriser le renversement de la muqueuse en dehors et d'amener le bord muqueux de la solution de continuité en contact immédiat avec son bord cutané.

Cette opération eut un succès complet ; le 23, les épingles sont retirées, la réunion de la membrane muqueuse s'est faite par première intention, l'angle de la plaie suppure.

Cette opération n'est pas une utopie chirurgicale. Depuis l'observation qui vient d'être rapportée, j'ai eu l'occasion de mettre ce même procédé en usage dans divers cas d'occlusion des ouvertures naturelles, à la suite de brûlures, d'oblitération de conduits excréteurs de glandes, etc. ; dans tous les cas l'opération a été suivie d'un succès complet, ainsi que j'en rapporterai plus loin des exemples remarquables, particulièrement à l'occasion de l'atrésie de la vulve. Tous les chirurgiens qui ont essayé de détruire les occlusions congéniales ou acquises, placées à l'orifice des cavités muqueuses, savent combien il est difficile d'obtenir une guérison complète et surtout durable. Après le débridement simple et les pansemens les plus méthodiques, comme après la cautérisation successive de l'angle de la plaie, les bords de la nouvelle solution de continuité ont une telle tendance à se réunir et les tissus à se rétracter, que tôt ou tard l'occlusion reparait et que l'on est obligé de recourir à une opération nouvelle. Tout en rendant justice aux efforts tentés par les chirurgiens pour arriver à des résultats plus satisfaisans, j'ai imaginé un procédé qui, si je ne m'abuse, remédie à la cause principale des insuccès, et dont les applications peuvent être nombreuses et fécondes. En voici la description

détaillée à laquelle j'ai joint une planche explicative.

Quel que soit l'orifice muqueux sur lequel on pratique cette opération, on peut toujours la diviser en trois temps principaux. Dans le premier, on procède au débridement des parties réunies ou accolées. Ce débridement a lieu dans l'étendue nécessaire, et se fait soit avec les ciseaux soit avec le bistouri. Par ce débridement, on obtient deux plaies transversales superposées l'une à l'autre, unies ensemble dans un seul point à l'aide d'un angle aigu, et dont les bords sont limités en dedans par la muqueuse, en dehors par la peau.

Le deuxième temps consiste à enlever sur le bord externe des lèvres de ces deux plaies une portion plus ou moins étendue et plus ou moins profonde des tissus qui les forment, de manière à élargir aux dépens de la peau (voir la planche) les surfaces saignantes produites par le débridement. Ce temps de l'opération se pratique avec des ciseaux ou avec le bistouri; mais en dédolant de la même manière que si l'on rafraîchissait les lèvres d'une ancienne solution de continuité.

Au troisième temps se rapporte le nouveau mode de suture, à l'aide duquel on pratique la réunion des parties divisées.

Cette suture peut s'opérer avec des épingles sur lesquelles on place ensuite des anses de fil, ou bien avec des aiguilles chargées de ligatures qu'on rap-

proche ensuite comme dans les cas ordinaires. Dans les deux circonstances, les épingles ou les aiguilles chargées doivent être conduites dans les tissus, ainsi qu'il va être indiqué.

Je prends pour exemple le cas où l'on se sert d'une épingle. Celle-ci est présentée à la muqueuse *de dedans en dehors* et la traverse ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux dans l'épaisseur d'une ligne seulement. Puis, se renversant toujours dans le même sens en décrivant un mouvement de bascule, elle passe au-dessus de la plaie, vient s'implanter à son bord externe dans le tissu cellulaire qui longe la peau et pénètre profondément dans les chairs, de manière à sortir de nouveau par la muqueuse; mais, de dehors en dedans, à 2 ou 3 lignes du point par lequel elle y était primitivement entrée. Elle supporte et semble former ainsi un bourrelet charnu dont le bord externe offre réunies ensemble les lèvres libres de la muqueuse et de la peau. Dans cette manœuvre, en effet, la muqueuse a été modérément attirée au dehors pour recouvrir la perte de substance opérée dans le deuxième temps, et les bords saignans de cette muqueuse et de la peau se trouvent affrontés. On dispose ainsi le nombre nécessaire d'épingles ou de points de suture, et on termine l'opération comme dans les cas de ce genre.

Il est bon de placer une épingle perpendiculairement à l'angle de la plaie, afin de la réunir le plus parfaitement possible.

Le but de l'opération dans cette méthode est d'opposer d'abord, dans l'espace produit par le débridement, deux surfaces qui n'aient pas de tendance à se réunir. Ici ce sont deux feuillets de la muqueuse saine qui vont pour ainsi dire l'un sur l'autre, comme les faces internes des lèvres buccales. En second lieu, il s'agit de remplacer la peau par la muqueuse, et cela sans tiraillement violent et sans qu'aucun décollement n'ait été opéré sur elle, artificiellement ou involontairement. Il suit de là que la portion de muqueuse placée en dehors et soustraite aux conditions habituelles de sa vitalité, perd peu-à-peu ses propriétés primitives pour redevenir une véritable peau cutanée : de la même manière que la peau renversée dans une cavité tapissée d'une membrane muqueuse en revêt aussi peu-à-peu les caractères et les propriétés. Ici l'on n'a pas à redouter la déchirure, l'inflammation et la gangrène de la muqueuse, comme dans le procédé de M. Dieffenbach, qui consiste à décoller cette membrane, à l'appliquer sur les parties dénudées et à la réunir à la peau par des points de suture.

En effet, la muqueuse est simplement attirée vers la peau, elle y est fixée, munie encore de tous ses élémens de nutrition, et le mode de suture qui produit cet accolement, favorise sa réunion d'une manière toute particulière. De plus, et comme conséquence de ce dernier fait, on n'a plus à craindre que la suture se rompe, si l'on a bien présent à l'esprit la manière dont l'épingle a successivement traversé la muqueuse

d'abord, puis l'épaisseur des chairs, pour sortir de nouveau non loin du point par lequel elle avait primitivement pénétré; on verra qu'elle a pour ainsi dire noué et suturé elle-même les parties ensemble: et les fils qui s'opposent à sa sortie en rendant la pression plus énergique, opèrent invinciblement l'accolement des lèvres de la plaie.

Pour terminer ce qui a rapport à ce procédé, je dirai que la suture entrecoupée ou à points séparés est moins douloureuse que l'introduction des épingles, et qu'elle maintient admirablement le bord muqueux saignant en contact avec le bord cutané. On peut, après avoir renversé en dehors la muqueuse, saisir à-la-fois les deux points opposés saignans, ou les traverser l'un après l'autre; pendant qu'un aide maintient les parties en contact, le chirurgien noue les fils et les coupe ras la plaie.

CHAPITRE VI.

STOMATOPLASTIE.

Après avoir exposé les applications de la chirurgie plastique à la réparation des lèvres, il me reste à pénétrer dans la bouche et à passer en revue les parties de cette importante cavité qui peuvent nécessiter l'autoplastie.

Les chirurgiens allemands, et en France M. Serre, de Montpellier, ont adopté le mot stomatoplastie pour

désigner les réparations de l'ouverture buccale; mais j'ai pensé qu'il était utile, qu'il était avantageux de séparer les réparations des lèvres de celles des organes contenus dans la bouche, et ce sont celles-ci seulement que j'ai réunies sous le nom de *stomatoplastie*.

La stomatoplastie comprend la réparation du palais, du voile du palais, du conduit de Warthon.

§ 1^{er}. — *Staphyloplastie*.

Il convient de nous arrêter un instant sur les altérations du voile du palais avant de passer en revue les opérations que ces altérations exigent.

Cette espèce de cloison musculo-membraneuse, établie entre le pharynx et la bouche, est exposée à des vices de conformation congéniaux ou accidentels, à des plaies par instrument tranchant, à des plaies faites par des projectiles, à des ulcérations, à des inflammations couenneuses ou d'un autre caractère.

1° *Vices de conformation congéniaux*. — Le voile du palais offre presque toujours sa division congéniale sur la ligne médiane, et cette division peut atteindre toute l'étendue du voile du palais, ou se borner à une plus ou moins grande partie de la luette.

Lorsqu'une semblable division, que l'on a regardée comme produite par un arrêt de développement, existe, la déglutition est gênée ou embarrassée, la voix est modifiée, et on observe, en même temps que la solution de continuité, un écartement plus ou moins

considérable des deux lèvres que forme la division congéniale.

On remédie à la difformité dont il s'agit par la staphyloraphie telle que l'ont conseillée Graefe, Roux, et notre malheureux confrère Auguste Bérard. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès en ayant la précaution de raviver les bords de la division dans une certaine étendue et sur la face buccale du voile du palais, de manière à mettre deux surfaces saignantes larges en contact l'une avec l'autre. J'ai remarqué aussi, comme l'a fait observer M. le professeur Roux, qu'il faut rapprocher les surfaces saignantes et les maintenir en contact sans trop de constriction, afin que l'exsudation plastique puisse se faire et la réunion s'opérer sans obstacle. Il ne faut ni trop, ni trop peu serrer, il faut serrer assez cependant pour maintenir les surfaces en contact.

2° *Altérations accidentelles.* — Le voile du palais peut être détruit par différentes causes, principalement par l'affection vénérienne constitutionnelle, ou par des affections dartreuses.

Ordinairement ces dernières affections portent leur influence sur les fosses nasales, et ensuite sur le voile du palais. C'est de la sorte que le *lupus* ou la dartre rongeanche proprement dite, détruit et désorganise le voile du palais. Mais l'affection syphilitique est, sans aucun doute, de beaucoup la cause la plus commune.

L'altération peut atteindre la luette, le milieu du

voile du palais et différens points de sa longueur; tantôt elle se présente sous la forme d'une fente et presque toujours la perforation est arrondie et d'une largeur variable, car elle peut avoir depuis plusieurs millimètres jusqu'à 3, 6, 7 centimètres et même davantage.

Cette perforation, ce trou peut être entouré d'une cicatrice blanche, quelquefois mince, et le plus ordinairement épaisse et dure, blanche ou rouge et nuancée de blanc, ou à-peu-près rosée, et ces différentes formes tiennent à l'ancienneté ou à l'état récent de la cicatrisation; ou encore à la suppuration, et alors la surface est grenue, fongueuse et saignante. Le traitement général et le traitement local sont l'un et l'autre indispensables.

Il faut débiter par les remèdes intérieurs appropriés à la cause spécifique, et à mesure que celle-ci est détruite, on voit l'altération se guérir, mais il demeure encore à réparer la perte de substance et à agir sur l'ouverture accidentelle, afin de la faire disparaître.

Lorsque les mercuriaux et les amers ont détruit le principe dartreux ou syphilitique, il faut recourir à un traitement local, c'est-à-dire à la cautérisation, à la staphyloraphie ou à l'autoplastie.

Lorsque la perforation est allongée, qu'elle occupe une certaine étendue du voile du palais, et qu'il est impossible d'en obtenir l'oblitération par la cautérisation, on devra en raviver les bords avec

l'instrument tranchant ou d'une autre manière, et pratiquer ensuite la staphyloraphie. Si la lésion est peu étendue, on tentera la guérison par la cautérisation seulement, soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent. Toutefois on doit être averti qu'il ne suffit pas de toucher quelquefois l'ouverture; mais qu'il faut souvent revenir un grand nombre de fois à la cautérisation sans se décourager. On obtient la guérison si la cautérisation est continuée assez long-temps pour déterminer le rapprochement de la circonférence de l'ouverture accidentelle et le *croisement* de sa partie inférieure avec la circonférence supérieure. Toutes ces ouvertures qui d'abord sont rondes perdent cette forme par les caustiques, et bientôt on voit la partie mobile de l'ouverture accidentelle du palais se rapprocher, puis croiser la direction de celle qui tient au palais, et qui par conséquent est fixe à cause de l'insertion de cette cloison musculo-membraneuse sur des os. En étudiant avec soin le mécanisme de la guérison, j'ai comparé le rapprochement des deux lèvres, de l'ouverture accidentelle, aux deux valvules du trou de Botal. C'est aux points de contact que la fusion des lèvres a seulement lieu. Voici un fait à l'appui de ce qui précède.

37° *Observation.* — Un homme de 45 ans vint à la maison de santé pour y être traité d'une perforation qui occupait la partie moyenne du voile du palais. On aurait pu y introduire deux tuyaux de plume. Je

le cautérisai une vingtaine de fois avec la pierre infernale, et chaque jour on voyait des changemens étonnans. Peu-à-peu elle s'est rétrécie, a perdu sa forme arrondie, une des lèvres a fini par passer derrière l'autre et par effacer entièrement cette perforation.

Avant d'arriver à l'autoplastie qui est réclamée lorsque la perte de substance offre une certaine étendue, je dois parler des réparations par la suture unie aux incisions pratiquées dans différens sens.

Procédé de M. Roux.

M. Roux a eu recours à la staphyloplastie pour guérir les pertes de substance du voile du palais (¹), et a mis ici en pratique les idées de Celse.

M. le professeur Roux, après avoir ravivé les lèvres de l'ouverture accidentelle, les avoir mises en contact et maintenues par la suture, incise transversalement les deux côtés du voile du palais à son insertion à la voûte palatine.

M. Dieffenbach ayant ravivé et cousu ensemble les lèvres de la plaie, pratique de longues incisions de chaque côté de la suture, afin de permettre aux tissus de se relâcher. Ce procédé n'est autre chose que la staphyloraphie avec les incisions de Thévenin ou de Celse.

Le procédé de M. Roux se rapproche surtout de l'autoplastie, en ce qu'il permet aux tissus de se dé-

(¹) *Mémoire sur la staphyloraphie.* Paris, 1825, in-8°.

placer et de réparer des pertes de substances assez considérables.

M. Velpeau a opéré avec succès un jeune homme qui portait une fente au voile du palais, en pratiquant la staphyloplastie en relâchant les tissus par des incisions latérales.

La staphyloplastie n'a été pratiquée que par la méthode indienne.

M. Bonfils y a eu recours dans un cas. En détachant d'avant en arrière de la voûte de la bouche un lambeau, il le fixa par la suture dans l'échancrure pharyngienne. Cette opération ne fut pas heureuse, dit-on, et l'on comprend aisément pourquoi; car le recollement doit être difficile, et la gangrène surtout peut survenir dans un tissu résistant que l'on dépouille facilement de ses vaisseaux nourriciers et qui est très exposé à la rétraction. Je ne crois pas, comme l'a pensé M. Burdin, qu'on puisse craindre l'hémorrhagie, ni comme le croyait M. Jacquemin, la nécrose.

§ II. — *Palatoplastie ou uranoplastie.*

On s'est sérieusement occupé de fermer les ouvertures accidentelles ou congéniales dont le palais peut être le siège. On sait que fréquemment les affections syphilitiques, dartreuse, et scrofuleuse déterminent de grands ravages sur les membranes muqueuses, les os des fosses nasales et du palais. Elles produisent dans ce dernier, des fentes et des trous dont la longueur et la largeur sont variables. D'un autre côté

ce vice de conformation est souvent congénial, et presque toujours alors il est compliqué de la division du voile du palais et de celle des lèvres.

Autrefois on y remédiait par l'usage d'obturateurs métalliques auxquels on a encore souvent recours. Ces instrumens et principalement ceux de notre habile confrère, M. Toirac, ont été très perfectionnés. Mais il est évident qu'il vaut mieux, quand cela est possible, oblitérer les pertes de substance par l'autoplastie.

Procédé de Krimer.

Krimer a fourni le premier exemple de palatoplastie pratiquée avec succès. Le malade qui fait le sujet de cette observation rapportée dans le *Journal de Graefe et de Walther*, portait au palais une fente qui avait persisté après la staphyloraphie. Il tailla à 4 lignes en dehors de cette ouverture deux lambeaux qu'il renversa sur la ligne médiane. Après les avoir disséqués de dehors en dedans, il les maintint réunis par la suture dont les anses furent fixées avec des vis en or. Il y eut guérison.

Bonfils veut que l'on taille un seul lambeau postérieur, avec lequel on fermerait l'ouverture, après avoir ravivé les 2/3 antérieurs de celle-ci.

Modification apportée par MM. Nélaton et Blandin.

MM. Nélaton et Blandin ont modifié le procédé de Krimer. Le premier prend à gauche sur le voile du palais un lambeau qu'il taille en équerre, ne com-

prenant dans la dissection que la moitié de l'épaisseur du voile, et qu'il renverse ensuite en dédoublant ainsi les parties molles ; il ravive le côté droit en le coupant en biseau pour faire recouvrir les deux lèvres par imbrication. A cet effet il emploie une suture particulière. Il place sur le bord postérieur des lambeaux une petite baleine sur laquelle il passe les fils et pratique les ligatures de manière que les lambeaux affrontés, les nœuds se trouvent en avant.

M. Blandin a imaginé de tailler deux lambeaux, l'un à droite et l'autre à gauche, il les dissèque avec soin en forme d'équerre en dédoublant le voile du palais, il les renverse ensuite de manière à mettre en contact leurs faces ou plutôt leurs bords saignans. Il place de chaque côté un fragment de baleine ou un bâtonnet de sparadrap sur lequel il passe les fils et serre les ligatures, en ayant soin de prendre des mesures pour retirer les bâtonnets.

Procédé de M. Velpeau.

M. Velpeau, remarquant que le tissu fibro-muqueux du palais est sujet, à cause de sa densité, à se gangréner, et réfléchissant que la mortification est d'autant plus inévitable que le lambeau est plus long, a conseillé de fermer l'ouverture accidentelle à l'aide de deux petits lambeaux triangulaires longs de 6 à 10 lignes pris l'un en avant de la fente et l'autre en arrière, et de les réunir par un point de suture posé à leurs sommets. Ce procédé a été employé par son au-

teur sur un jeune homme qui s'était percé la voûte palatine d'un coup de pistolet.

§ III. — *Batracosoplastie*. — *Opération autoplastique de la Grenouillette*.

On comprend sous le nom générique de *grenouillette* toutes les tumeurs cystiformes qui se développent sur les côtés du frein de la langue et le long du conduit de Warthon.

Quoique ces tumeurs tiennent à des maladies très différentes, on n'a eu recours contre elles jusqu'ici qu'à un traitement banal et empirique, et cela tient surtout à ce que les praticiens n'étant éclairés ni par l'anatomie topographique, ni par l'anatomie pathologique, manquaient d'une base solide et restaient forcément dans l'incertitude sur la nature du mal et sur le traitement à employer.

Celse considérait la *grenouillette* comme une tumeur enkystée; Aétius, comme une dilatation variqueuse des veines sublinguales; Albucasis et d'autres médecins arabes comme un cancer; Paracelse comme un apostème de vaisseaux de la langue; Aranzi en faisait un abcès ordinaire; Munnicks y voyait toujours un amas de salive dans le canal excréteur; Louis, Desault, et les chirurgiens de son école, une tumeur salivaire due, soit à la glande elle-même transformée en kyste, soit au canal de Warthon énormément dilaté.

Les modernes ont tour-à-tour basé leur traitement sur l'une ou l'autre de ces opinions, et l'on peut

en particulier reprocher à Boyer d'avoir été trop exclusif et d'avoir omis mal-à-propos l'histoire d'un certain nombre de tumeurs sublinguales en ne décrivant sous le nom de grenouillette que la tumeur formée par la salive accumulée dans le conduit de Warthon plus ou moins oblitéré et en réunissant sous ce titre tous les faits recueillis par les auteurs qui l'avaient précédé. Le silence de ce pathologiste sur les autres tumeurs qui peuvent se développer au même lieu prouve qu'il ignorait leur existence, ou qu'il les supposait toutes de la même nature.

S'il est cependant aujourd'hui un fait démontré à tous les chirurgiens dont l'expérience et la pratique sont suffisamment étendues, c'est que les tumeurs décrites habituellement sous le nom de grenouillettes peuvent différer tellement de nature que, dans certains cas, les collections de salive avec dilatation et oblitération du canal de Warthon n'y jouent aucun rôle, tandis que dans d'autres ces deux élémens constituent à eux seuls toute la maladie. Aussi, pour éviter la confusion, on doit réserver le nom de grenouillette proprement dite, ou grenouillette salivaire à la tumeur produite par l'arrêt survenu dans l'écoulement libre de la salive et de désigner sous le nom de grenouillettes muqueuses les tumeurs qui par leur siège et leurs principaux caractères extérieurs simulent au premier abord une véritable grenouillette.

M. Velpeau a pressenti cette division dans plusieurs passages de l'article qu'il a consacré à cette ma-

ladié (¹); mais je ne saurais, pour ma part, approuver la distinction qu'il propose sous le titre de *tumeurs salivaires étrangères au canal sécréteur*. Là où il n'y a point de salive, il n'y a point de tumeurs salivaires.

Je vais indiquer en peu de mots ce qu'il importe le plus de connaître sur chacune de ces espèces de grenouillettes.

1° *Grenouillette salivaire ou résultant de la dilatation du conduit de Warthon*. — Cette tumeur, formée par le conduit de Warthon dilaté, a son siège sur les côtés de la langue et s'avance vers le frein. En général, elle prend un développement assez rapide et cependant elle est comme cylindroïde; mais ce n'est que pendant un temps fort court qu'elle a cette première forme, la grande extensibilité des parois du conduit permettant un accroissement rapide.

Lorsque la grenouillette arrive à la suite d'un rétrécissement du conduit, elle se développe avec une certaine lenteur, à cause de la possibilité de la filtration de la salive; mais lorsque tout d'un coup l'orifice s'oblitére et se ferme, la tumeur se développe très rapidement, et c'est pour cela même qu'elle a mérité le nom d'aiguë; elle soulève la langue, les côtés du frein, la muqueuse buccale, et s'avance vers la glande sous-maxillaire en forçant celle-ci à faire saillie sur les côtés du cou et à la courbure du muscle digas-

(¹) *Médecine opératoire*, t. II, p. 58 et suiv.

trique. Cette tumeur est accompagnée de douleurs qui paraissent avoir pour points de départ la glande sous-maxillaire.

Le liquide, contenu dans le conduit de Warthon, est formé par de la salive, du mucus, et un dépôt finit même par se former, ainsi que des calculs.

La salive n'étant pas versée d'un côté dans la bouche, cette cavité n'est pas aussi humectée qu'habituellement: ce qui n'a pas lieu dans les autres grenouillettes, à moins que le conduit de Warthon ne soit comprimé.

Pour lever la difficulté du diagnostic, il est un moyen qui m'a réussi, c'est de sonder le conduit de Warthon que l'on peut toujours cathétériser, même chez les enfans. J'ai pratiqué dernièrement ce cathétérisme sur un jeune enfant, dont je rapporte plus loin l'observation, et qui déjà avait subi plusieurs opérations. Au moment où le stylet sortit du conduit de Warthon, il s'échappa un jet de salive, et je pus constater que le conduit était sain ainsi que la glande sous-maxillaire.

Le conduit avait été attaqué d'un côté par le bistouri, et il conservait une échancrure dont les lèvres s'étaient cicatrisées isolément.

2° *Grenouillette muqueuse.* — La grenouillette muqueuse est, comme je l'ai dit, formée tantôt par un kyste, développé à la racine de la langue, sur les côtés et derrière le frein, dans la bourse muqueuse décrite par Fleischmann, tantôt par le développement de follicules muqueux.

A. *Grenouillette de la bourse muqueuse de Fleischmann.*
Cette grenouillette est la plus fréquente et aussi la plus profondément placée. Quelquefois elle se développe sur les côtés du frein et le plus ordinairement elle est comme bilobée par ce repli muqueux ; il est à noter que presque toujours elle offre plus de saillie d'un côté que de l'autre. Ici, comme la tumeur a un siège assez profond, on n'aperçoit pas au travers le liquide qu'elle contient, excepté lorsqu'elle est très récente et fortement distendue. Quand elle est ancienne, ou lorsque plusieurs opérations ont été pratiquées sur elle, les parois en sont épaisses et la fluctuation tend à y devenir obscure à cause de l'épaississement des tissus, de l'union intime de la muqueuse à la tumeur, des dépôts de lymphe et des indurations qu'on y rencontre. Les parois de la poche peuvent devenir fibro-cartilagineuses, surtout lorsque beaucoup d'opérations ont été pratiquées ou lorsque plusieurs inflammations successives se sont emparées de la tumeur.

Dans le principe, cette espèce de grenouillette tend à se développer vers la bouche, et ce n'est que lorsque ses parois sont devenues épaisses, que la langue et l'os maxillaire s'opposent à son développement dans ce sens, qu'elle tend à faire saillie sur les côtés de la première où elle envoie des prolongemens sinueux. C'est alors que la fluctuation peut être appréciée dans une grande étendue, et qu'en pressant sur le cou, elle devient plus saillante au dedans. Mais à cette époque

encore la fluctuation est difficile à sentir, lorsqu'on veut l'apprécier par la partie antérieure du cou à cause de tout le plancher musculaire et aponévrotique qui se trouve entre la main qui explore et la tumeur.

Mais la tumeur n'en demeure pas là en général, et bientôt pressée par la langue, arrêtée par l'os maxillaire, elle vient faire saillie à la partie antérieure et sur les côtés du cou, parce qu'alors le liquide incompressible qu'elle renferme, la paroi antérieure de la poche résistant, déprime la paroi antérieure et postérieure du sac qui file entre les plans musculaires avant de venir faire saillie sous l'aponévrose cervicale et la peau. Jamais la tumeur ne fait une saillie directe sur la ligne médiane, à cause du plan musculaire épais qui s'y trouve, c'est-à-dire par l'obstacle qu'y apportent les muscles génio-glosse, génio-hyoïdien et digastrique. Elle tend donc à se déplacer sur les côtés de ce plan musculaire et à s'insinuer entre ces muscles et le milo-hyoïdien sous la glande sous-maxillaire, en reposant sur le tendon du digastrique. En se développant ainsi de chaque côté de la langue, et faisant saillie de chaque côté du cou, elle finit par donner naissance à une tumeur qui semble occuper toute la circonférence du cou, tandis qu'en général elle s'arrête sur la ligne médiane. Dans la plupart des circonstances, elle paraît des deux côtés du cou, et dans d'autres elle est surtout prononcée d'un côté. Dans ce dernier cas, la tumeur descend très bas, la peau est pendante, la fluctuation est évidente aussi bien au

cou que dans la bouche, et on peut faire refluer le liquide d'un point à l'autre. C'est ce que dernièrement j'ai eu l'occasion d'observer sur un ingénieur des ponts-et-chaussées d'Orléans : nous reviendrons sur ce fait. J'ai observé sur un receveur, de Lamballe, une grenouillette qui, après s'être dilatée dans l'intérieur de la bouche, était venue former tumeur à la partie antérieure du cou sous les tégumens, et la fluctuation était sensible d'un angle de la mâchoire à l'autre sans interruption. Lorsque la grenouillette est arrivée à ce degré de développement elle devient une maladie grave.

Le liquide que contient la tumeur est blanc, lié, quelquefois transparent, quelquefois épaissi, souvent légèrement coloré en jaune, plus ou moins filant : il est mêlé à une certaine quantité de sérosité.

C'est du moins ce que l'on trouve dans la poche lorsqu'elle est vierge, qu'elle n'est pas enflammée. Lorsque le travail inflammatoire est produit, la tumeur contient un pus plus ou moins bien lié, floconneux, mêlé à du sang, ou du mucus mélangé à du pus ou encore à des flocons albumineux.

3° *Grenouillette folliculaire.* — Dans la seconde forme de tumeur le siège est superficiel, il tient à la muqueuse elle-même. Presque toujours, il existe plusieurs petites tumeurs, placées les unes auprès des autres comme en grappe. Cette espèce est transparente. D'autres fois il n'en existe qu'une ; mais elle est bosselée.

Outre l'avantage que la distinction des trois espèces

de grenouillettes que je viens de faire connaître présente, pour exposer les faits avec plus de clarté, elle devient absolument nécessaire quand on arrive à s'occuper du traitement. L'application des remèdes conseillés contre la grenouillette a toujours, en effet, comme je l'ai dit plus haut, pour point de départ l'opinion que l'on avait de la nature de la tumeur. On en jugera facilement par la lecture du tableau suivant qui résume les divers traitemens conseillés, et met en regard avec eux les noms des chirurgiens qui les ont soutenus et préconisés.

Incision simple ou ponction (Hippocrate, Stalpart Vanderwiël, Dionis, Heister, Acrell, P. Camper, Jourdain).

Cautérisation avec des substances solides ou liquides, ou le fer incandescent (Hippocrate, Aetius, A. Paré, Fabrice de Hilden, J.-L. Petit, Dionis, P. Camper, Louis, Desault, Larrey).

Excision (Celse, et, dans quelques cas, J.-L. Petit, Desault, Fabrice d'Aquapendente, Richter, Sabatier, Boyer).

Extirpation (Mercurialis, Diëmenbroëck, Loder, Sabatier).

Dilatation, par divers moyens, dans le but d'obtenir soit le dégorgement direct du canal, soit une fistule constante (Paracelse, Burmann, Sabatier, Louis, Leclère, Dupuytren). — *Et spécialement par le séton* (Laugier, Phisick, Lloye).

Injections (Leclère, Bouchacourt (de Lyon).

A l'appui de ces méthodes diverses de traitement, il n'est pas un auteur qui ne rapporte des cas de guérison, et n'accumule les raisons qui rendent impraticables celles dont il rejette l'emploi.

Les auteurs des traités récents de chirurgie s'accordent cependant sur un point, c'est-à-dire, à reconnaître combien il est difficile d'obtenir une cure radicale, et l'oblitération des kystes une fois qu'ils ont été ouverts. Aucun d'eux, du reste, n'a cherché les causes de la dissidence des opinions, ni l'explication des succès des uns, et des insuccès des autres avec le même procédé.

Mais du moment que l'on reconnaît la nature très diverse de ces tumeurs sublinguales, toutes ces difficultés s'évanouissent. Ainsi qu'y a-t-il d'étonnant que dans les cas de kystes muqueux simples, peu volumineux, on ait obtenu des guérisons par la ponction, par l'incision; que pour les kystes plus volumineux, plus anciens on ait guéri par l'excision partielle ou générale, par la cautérisation, parce qu'ils contenaient telle ou telle matière, par l'emploi même du séton. Tous les jours on obtient de semblables résultats dans d'autres parties du corps, et pour des cas analogues. Mais, d'un autre côté, quand il s'agissait réellement d'un obstacle au cours de la salive avec oblitération et dilatation du canal excréteur, qu'y a-t-il de surprenant qu'on ait échoué par toutes ces méthodes, et qu'on en soit encore aujourd'hui à souhaiter un moyen plus efficace?

Toutes ces raisons m'ont engagé à proposer d'établir définitivement la classification des tumeurs situées à la base de la langue ;

De réserver, comme je l'ai dit, le nom de grenouillette à la seule tumeur formée par un amas de salive, suite de l'engorgement du canal de Warthon ;

D'établir que dans ce cas particulier toutes les méthodes jusqu'ici proposées sont insuffisantes ou infidèles ;

Enfin de démontrer que le procédé autoplastique, dont j'ai récemment publié la description, est non-seulement le plus rationnel et le plus efficace, le plus prompt dans ses effets, le seul qui s'oppose invinciblement aux rechutes de la grenouillette ; mais, de plus que, dans les cas de kystes étrangers à l'appareil de la sécrétion salivaire, il est encore préférable à ceux admis jusqu'à ce jour.

Parmi les erreurs de ces derniers temps, je dois mentionner celle qui consiste à nier l'existence des tumeurs salivaires, et à n'admettre, sous le nom de grenouillette, que les tumeurs constituées par des kystes muqueux. On a ainsi voulu rayer du cadre nosologique la dilatation du conduit de Warthon ; mais les faits m'ont clairement démontré que ce conduit était susceptible de dilatation comme les conduits lacrymaux, comme tous les conduits excréteurs, et même, sous le rapport anatomique, il offrait quelque chose de plus favorable à cette maladie que beaucoup d'autres.

Assez souvent, d'autre part, l'orifice de la glande sous-maxillaire peut être oblitéré par des ulcérations, par des pertes de substance, et sa dilatation est indispensable pour que la salive soit versée à l'intérieur de la bouche.

On sait encore qu'il se forme, dans le trajet du conduit de Warthon, des calculs salivaires qui donnent lieu à des rétentions de la salive et à la dilatation du canal excréteur. Lorsque des corps étrangers de cette nature se forment sur le trajet de la salive, la rétention peut être rapide et complète, ou bien lente et graduelle, suivant le volume des calculs. Les auteurs rapportent des exemples de grenouillette aiguë; M. Chassaignac en a publié un dans la *Gazette des Hôpitaux* (6 juillet 1844).

38^e Observation. — Grenouillette aiguë. — « Le 20 juin 1844 est entré à la salle Saint-Pierre le nommé Gravier, Jean, âgé de vingt-cinq ans; cet homme s'est présenté d'abord à la consultation de l'hôpital Necker dans un état d'anxiété particulier. Depuis deux jours il éprouvait de grandes difficultés pour avaler; il accusait un sentiment de strangulation, et une douleur vive au-dessous de la mâchoire inférieure, sur le côté droit. La face était rouge et injectée; une tumeur très dure, du volume d'un œuf, ressemblant au premier abord à une masse ganglionnaire engorgée, se faisait sentir au-dessous et en avant de l'angle de la mâchoire inférieure. L'exa-

men de la cavité buccale n'ayant fait reconnaître aucun engorgement des amygdales, aucune fausse membrane au fond de la gorge et la pression sur le pharynx n'étant plus douloureuse, le doigt fut promené sur la langue et toutes les parois de la bouche. En explorant le plancher de la cavité buccale, on constata une saillie rénitente siégeant au-dessous de la langue et marchant parallèlement à la branche droite de la mâchoire inférieure. M. Chassaignac reconnut aussitôt une distension du canal de Warthon, en un mot une grenouillette à l'état aigu avec rétention de salive dans la glande sous-maxillaire qui était dure, volumineuse et sensible à la pression.

« Ce malade ayant été immédiatement admis dans les salles de chirurgie, fut examiné de nouveau à la visite du 21 juin. En faisant écarter les mâchoires autant que cela était possible en raison de la douleur qui se faisait sentir lors de l'abaissement du maxillaire, on aperçut un point blanc semblable à un aphthe siégeant du côté droit, précisément sur le point où vient s'ouvrir le canal de Warthon. Cette plaque blanche et d'aspect puriforme avait les dimensions d'une petite lentille et semblait n'être autre chose qu'une dilatation de la muqueuse buccale à l'orifice du conduit salivaire. L'extrémité d'un stylet mousse ayant été portée sur cette plaque blanchâtre, donna la sensation d'un corps dur, et en poussant l'exploration plus loin, M. Chassaignac reconnut que ce corps remplissait le canal de Warthon à partir de son orifice libre jusque

dans une étendue de 5 à 6 lignes. La pointe aiguillée du stylet ayant été légèrement aiguillée avec une pince et introduite dans le canal, on parvint à faire sortir, à l'aide de grandes précautions et par des mouvements bien ménagés, un corps de couleur blanc-jaunâtre assez ferme et résistant pour conserver la forme, non pas dur à l'égal d'un calcul, mais offrant l'aspect d'une concrétion organique bien cohérente, et renfermant dans son centre une cavité dans laquelle on ne rencontra aucun corps étranger. Cette concrétion, de forme cylindroïde, avait en épaisseur les dimensions d'un noyau de cerise; mais en longueur elle avait le double.

« Après l'extraction complète de la concrétion, le stylet fut introduit de nouveau dans le canal de Warthon évidemment dilaté, où il se mouvait très librement. Puis des mouvements en divers sens furent exécutés, à l'effet de chercher s'il n'existait pas dans le conduit quelque corps étranger qui pût servir de noyau à la matière dont il a été question. Un instant la pointe recourbée du stylet sembla arc-bouter contre un corps dur; mais on ne tarda pas à reconnaître que cet effet tenait probablement à quelque lame aponévrotique sur laquelle venait porter la pointe du stylet, en donnant lieu à la sensation trompeuse que l'on avait d'abord éprouvée. »

« Avant de passer à la méthode de traitement que j'ai introduite dans la chirurgie, je rappelle que l'on doit toujours bien distinguer le groupe des tumeurs sublinguales kystiformes en kystes salivaires et kystes mu-

queux. Les premiers constituent la grenouillette proprement dite ou grenouillette salivaire ; les seconds se diviseront en deux groupes, suivant qu'ils dépendent du développement des bourses muqueuses de Fleischmann, ou qu'ils ont leur siège dans le développement des follicules muqueux. Je répète que cette distinction est doublement importante au point de vue pathologique et thérapeutique.

Je passe à l'exposé des cas dans lesquels j'ai eu à mettre en pratique la méthode autoplastique qui m'est propre.

39^e Observation. — Grenouillette salivaire. — M. B^{***}, demeurant rue de l'Université, est âgé de 45 ans, et d'une forte constitution. C'est pour la première fois qu'il est atteint de grenouillette. Quand je le vis, la tumeur existait depuis un certain temps ; elle est grosse comme un œuf de pigeon, transparente, rosée et placée à droite sous la langue dont elle gêne modérément les mouvemens.

C'est le 16 juin 1843 que je l'ai opéré en présence de MM. les docteurs Koreff, Vernois, et de la manière suivante :

La langue étant sortie en haut et en arrière, je fis saisir avec une pince le côté externe de la tumeur par un aide, puis en pinçant moi-même avec une seconde pince le point opposé, j'enlevai sur la face antérieure du kyste une portion de la muqueuse buccale de forme elliptique et de 3 lignes au moins de hauteur sur 6 à

8 de largeur. Cette excision fut faite de manière à ne point intéresser l'enveloppe propre de la cavité dans laquelle se trouvait renfermé le liquide qui constituait la tumeur. Il s'écoula si peu de sang pendant ce premier temps, qu'il ne fut pas besoin de porter l'éponge sur la plaie. J'ouvris alors le kyste dans toute son étendue; il s'en échappa environ une cuillerée à bouche d'un liquide visqueux légèrement trouble et semblable à de l'albumine un peu condensée. Quand la tumeur fut vidée, je renversai à droite et à gauche les parois libres du kyste, et, à l'aide du serre-nœud de Graefe armé d'une aiguille courbe chargée d'un fil, je traversai à-la-fois les lèvres de la division du kyste lui-même et de la muqueuse buccale; je les maintins ensuite en contact à l'aide d'un point de suture isolé placé de chaque côté. Dans ce cas, et après que l'opération fut complètement terminée, il était facile d'apercevoir dans l'espace placé entre les deux points de suture un véritable *infundibulum* au fond duquel se voyait l'orifice du conduit salivaire et par où suintait le liquide.

La salive fut pendant quelques jours rendue en plus grande quantité que d'habitude; mais peu-à-peu cette espèce d'incontinence accidentelle disparut, et le liquide salivaire ne fut plus sécrété que dans les limites normales. Il ne se développa qu'une inflammation très modérée.

État des parties dix-sept jours après l'opération. Le côté droit de la base de la langue est revenu à son

état normal. Quand la langue est légèrement soulevée en haut, on aperçoit l'orifice du conduit salivaire droit d'où s'échappe une gouttelette de liquide, et d'où partent 3 lignes blanchâtres superficielles, traces des incisions pratiquées, ce qui donne à la cicatrice un aspect étoilé. L'*infundibulum* qui existait au début immédiatement après l'opération, et quand les parois du kyste vide avaient été renversées à droite et à gauche, a disparu complètement. L'orifice du conduit salivaire est à fleur de la muqueuse, et le liquide sécrété est versé constamment et librement dans la bouche. Il n'existe aucun engorgement superficiel ou profond, prochain ou éloigné dans les parties qui ont été le siège de la grenouillette.

40^e Observation. — Grenouillette salivaire. — Un jeune homme, âgé de 23 ans, nommé Delabrevoir, petit, d'une forte constitution et d'une excellente santé, est entré à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur qu'il portait au côté droit de la langue. Voici ce qu'il raconte du début et de la marche de sa maladie :

Depuis plusieurs mois, avant le jour de son admission qui eut lieu le 20 juin 1843, il s'aperçut qu'il avait sous la langue une tumeur du volume d'une grosse noisette. Il la distingua à l'aide d'une glace en cherchant à découvrir la cause de l'embarras qu'il éprouvait dans la prononciation et la déglutition. La quantité de salive qu'il rendait augmentait de jour en jour ; mais il faut noter qu'à l'âge de 17 ans il

avait eu une affection vénérienne à la suite de laquelle (probablement sous l'influence d'un traitement mercuriel) ses gencives étaient devenues fongueuses et saignaient facilement. Depuis deux mois environ qu'il fixa son attention sur l'existence de cette tumeur, il la vit augmenter de jour et jour et acquérir le volume d'un œuf de poule. Ce qu'il y a ici de particulier, c'est que d'abord elle repoussait fortement la langue en haut et en arrière, avait son grand diamètre dirigé dans le sens antéro-postérieur, gênait considérablement la mastication, la déglutition et la phonation; et que quinze jours avant l'opération son grand diamètre devint transversal, et qu'alors se développèrent de vives douleurs vers la nuque et l'articulation temporo-maxillaire. D'ailleurs, à la même époque, le malade rendait déjà une quantité assez considérable d'une salive verte, filante, d'une odeur et d'une saveur repoussante. Le jour même de son entrée, j'opérai.

Examen du malade cinq semaines après l'opération. Depuis que l'opération a été pratiquée, le malade a continué de cracher souvent et beaucoup; mais non pas avec cette abondance qui avait lieu quelques jours avant l'ouverture de la tumeur. Il a toujours conservé de la sensibilité dans le côté droit de la région sublinguale pendant la mastication, et les douleurs sympathiques du col et de la nuque n'ont pas reparu. Il y a encore dans la parole un léger embarras; mais qui n'est dû qu'à la difficulté que la langue éprouve à se mouvoir sans causer de la douleur locale.

Si l'on soulève la langue pour examiner l'état des parties opérées, on s'aperçoit que la tumeur a complètement disparu, et qu'entre deux espèces de petites crêtes saillantes existe un *infundibulum* dont le grand diamètre est transversal et de l'étendue de un centimètre et demi environ. La hauteur a un centimètre. Du fond de cette petite cavité sort assez abondamment de la salive qui, dans ses qualités physiques, n'offre aucune modification sensible. Sous le côté droit de la mâchoire on sent un ganglion engorgé, peu douloureux et dont le volume disparaît de jour en jour.

Ainsi donc, après cinq semaines, disparition de tout engorgement des parties, nulle trace de tumeur, écoulement facile de la salive.

Ce malade a été opéré de la même manière et par le même procédé que j'ai indiqué dans la première observation. Il a gardé le repos et une diète presque absolue pendant deux à trois jours. Il n'est survenu qu'une stomatite légère; seulement il y eut aussi dans ce cas un écoulement abondant de salive qui dura pendant plusieurs jours, et finit peu-à-peu par rentrer dans les limites de l'état normal. Le fil inférieur fut enlevé le quatrième jour, le supérieur le huitième.

Le 1^{er} juillet, jour de sa sortie, Delabrevoir était dans l'état suivant: l'engorgement des parties situées à la base de la langue avait notablement diminué. A droite du frein s'apercevait un *infundibulum*, espèce de petite fente au fond de laquelle on voyait sourdre

une salive limpide. Les fonctions de la langue étaient redevenues normales; la santé générale était excellente.

41^e *Observation.* — *Grenouillette salivaire.* — Jules Dournelle, âgé de 40 ans, est affecté d'une grenouillette formant une tumeur du volume d'une petite noix. On ne peut préciser l'époque du début de sa maladie; il n'y a pas encore eu d'opération; mais plusieurs fois on a fait sortir le liquide que renferme la ranule en pressant dessus.

La saillie formée par cette tumeur est peu considérable, elle soulève le frein en avant et est bridée par lui. Elle ne produit aucune tuméfaction extérieure au-dessous de l'os maxillaire. La surface muqueuse qui tapisse cette poche est lisse, très saine, sauf une légère ulcération au niveau de la deuxième petite molaire avec un léger épaissement.

L'opération est pratiquée par mon procédé. La paroi du kyste est réunie aux bords de la muqueuse excisée par trois points de suture entrecoupée. L'opération n'a été suivie d'aucune tuméfaction des parties. Le malade n'y a pas même éprouvé de douleur. Les fils se sont détachés d'eux-mêmes au bout de cinq ou six jours. La cavité du kyste qui forme maintenant la paroi buccale s'est rétrécie de jour en jour et a fini par se confondre avec le reste de la muqueuse buccale. Le malade sort parfaitement guéri douze jours après l'opération.

42^e Observation. — Grenouillette muqueuse. — Cure radicale. — Richard (Joseph-Marie), âgé de 31 ans, commissionnaire, s'est aperçu, dans le courant du mois d'août dernier, qu'une tumeur se développait sous la langue du côté gauche du frein. Il ne sait à quelle cause attribuer son développement. Il ne se rappelle pas avoir eu ni aphthes, ni ulcération de la muqueuse buccale, etc. Au mois de janvier, la tumeur avait acquis le volume du pouce. Il alla trouver un médecin, qui la vida par une ponction avec le bistouri : il en sortit un liquide filant et albumineux. Quinze jours après, la tumeur avait repris ses dimensions premières, une nouvelle ponction y fut pratiquée il y a six semaines. On voit encore sur la tumeur la cicatrice linéaire de ces ponctions.

Admis à l'hôpital le 8 mai, le malade nous montre une tumeur oblongue, molle, fluctuante, du volume d'une noix ; elle est située sous la partie antérieure et latérale gauche de la langue, s'étendant à droite du frein qui la partage en deux lobes inégaux par un sillon médian. Le lobe gauche offre des dimensions plus considérables que le droit.

L'opération est pratiquée par mon procédé. La dissection délicate de la muqueuse est faite sans ouvrir le kyste que j'incise ensuite et dont les bords renversés sont unis aux lèvres saignantes de la muqueuse (préalablement excisée) par quatre points de suture entrecoupée.

Il ne survint aucun accident. Les fils tombèrent du

quatrième au sixième jour, et le malade sortit parfaitement guéri, le 20 mai 1845, exécutant librement tous les mouvemens de la langue, la phonation étant elle-même parfaitement libre.

43^e Observation. — *Double grenouillette salivaire et muqueuse.* — *Mort à la suite de phénomènes de contracture tétanique.* — *Autopsie.* — Au n° 29 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Gillot (Joseph), âgé de 35 ans, marchand des quatre saisons, né à Mesly (Ile-et-Vilaine). Cet homme, sans cause connue, éprouva, il y a six mois environ, une douleur vers le côté gauche de la langue, cette douleur apparaissait surtout quand le malade avait beaucoup fumé; au bout de trois mois, elle fut suivie du développement d'une tumeur entre la mâchoire et la partie antérieure de la langue, qu'elle circoncrivait comme celle que nous observons aujourd'hui; en trois jours, elle devint assez volumineuse pour refouler en arrière la pointe de la langue et mettre obstacle à la mastication; des gargarismes à l'eau de guimauve, aiguisés avec du jus de citron, des bains de pieds suffirent pour réduire considérablement en quinze jours son volume. Il y a deux mois environ, qu'à la suite d'un froid vif elle reprit son premier volume, et l'usage des mêmes remèdes ne put la faire disparaître. Il y a quinze jours, le malade consulta un nouveau médecin qui pratiqua sur les deux côtés de la grenouillette deux incisions qui don-

nèrent issue à un liquide clair et filant. Ce médecin conseilla en même temps des frictions sous la mâchoire avec une pommade dont le malade ignore le nom : au bout de cinq jours, la tumeur recommença à grossir, et lors de l'entrée du malade à l'hôpital, elle se présente dans l'état suivant : située entre le maxillaire et la partie adhérente de la langue qu'elle embrasse en avant, elle est déprimée au niveau du filet par une bride qui lui donne une forme bilobée; ces deux bosselures sont grosses comme le pouce, fluctuantes, recouvertes d'une muqueuse lisse, blanchâtre en arrière, rouge au niveau des papilles sur lesquelles viennent s'ouvrir les canaux de Warthon. Ces papilles sont gonflées, on ne peut y découvrir l'ouverture des conduits, la parole est croassante, la mastication difficile, la déglutition facile, les mouvemens de la langue gênés; le malade dit ne pas éprouver de sécheresse de la bouche, pas de gonflement sous-maxillaire.

Du 30 janvier 1845, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, au 4 février, la tumeur augmente un peu de volume. Je l'opère le 4 février par mon procédé, et j'ordonne pour la journée un gargarisme avec l'eau de guimauve et le miel rosat.

Le 5, le malade souffre beaucoup dans la bouche; les bords de la plaie, la langue elle-même sont un peu gonflés; la parole est gênée, la déglutition très difficile; céphalalgie, insomnie; pendant la nuit, douleur dans l'oreille gauche augmentant quand le malade

avale la salive; soif vive; on voit affluer un liquide avec abondance sous la langue au fond du kyste ouvert dans l'opération; quelques nausées, 104 pulsations, chaleur de la peau (bains de pieds à la cendre, lavement purgatif, cataplasme au cou).

Le 6, même état qu'hier; de plus, la surface de la plaie a pris une couleur grisâtre; une laryngo-bronchite avec toux, râle sibilant et muqueux, est venue s'ajouter aux accidents d'hier; la fièvre a un peu augmenté, 114 pulsations, douleur avec gonflement léger dans la région sous-maxillaire, expression d'abattement (15 sangsues vers la base de la langue, frictions sur le sternum avec 8 gouttes d'huile de croton, diète absolue).

Le 7, amélioration très légère dans les symptômes locaux, continuation de la bronchite et de l'état général (15 nouvelles sangsues).

Le 8, parole plus facile, gonflement de la langue un peu moindre, la surface de celle-ci est rouge, vernissée comme si elle eût été dépouillée; encore quelques plaques grisâtres sur la plaie qui, du reste, a pris un meilleur aspect; sommeil pénible, troublé par des rêves (même médication, moins les sangsues et les frictions).

Le 9, délire pendant la nuit; douleur dans le bras gauche le long des muscles et dans le mollet droit, mais sans contracture; douleur très vive dans les muscles sacro-lombaires et long dorsal du côté gauche; ceux-ci sont contracturés, très douloureux à la pression et

pendant le mouvement ; 114 pulsations (saignée de 3 palettes, potion gommeuse avec 15 centigr. de tartre stibié, cataplasme sur les lombes).

Le 10, la saignée présente une couenne épaisse, blanchâtre, infiltrée ; le malade a pris sa potion, il a vomi deux ou trois fois et a eu une selle.

La contracture a diminué dans la journée d'hier, mais le pouls a augmenté de fréquence et la peau s'est couverte d'une sueur visqueuse.

Ce matin il y a encore un peu de contracture dans les lombes, on n'en remarque aucune trace dans les autres parties du corps, les mouvemens de la mâchoire et du cou sont libres ainsi que ceux des membres ; pas de trouble de la vue, le délire continue, la toux et les accidens thoraciques ont à-peu-près complètement cessé ; 18 respirations seulement sans râle pathologique ; pouls à 150, très petit, filiforme ; facies altéré, état local très satisfaisant ; les fils sont en partie tombés ; les surfaces saignantes adossées paraissent réunies ; le gonflement de la langue a disparu ; celle-ci est rouge, humide, un peu collante (gargarisme avec l'eau de guimauve et 10 gouttes de laudanum, sinapismes aux membres inférieurs).

Mort à cinq heures du soir.

Autopsie le 12, à 9 heures du matin. Les glandes sublinguales et sous-maxillaires sont saines, les conduits de Warthon ne présentent non plus aucune altération ni dans leur structure, ni dans leur calibre jusqu'au fond du cul-de-sac qui a succédé à l'ouver

ture de la grenouillette; ils paraissent s'y terminer l'un et l'autre, car, à partir de ce point jusqu'aux papilles sur lesquelles ils devraient s'ouvrir, on n'en trouve aucune trace; au conduit du côté droit, et au niveau de la glande sublinguale, est accolé un kyste transparent qui contient un liquide citrin, visqueux, filant, épais, que l'on ne peut par la pression ni faire sortir par le conduit de Warthon, ni même faire couler par aucune autre issue. Ce kyste est évidemment formé par un des conduits de la glande sublinguale, oblitéré à son orifice, puisque au fond de ce kyste on voit d'autres petits conduits qui viennent s'y rendre et lui donnent l'aspect des ampoules des conduits galactophores sous le mamelon.

Les restes des deux kystes ou dilatations qui constituaient les deux grenouillettes sont formés par un tissu dur, fortement adhérent aux parties voisines.

Une partie des fils des ligatures ne sont point encore tombés, les lambeaux sont parfaitement réunis, on ne trouve nulle part de veines enflammées, les poumons et le foie ne contiennent point d'abcès métastatiques.

L'opposition que les parens du défunt apportent à l'autopsie empêche d'examiner les centres nerveux.

N'est-il pas évident, d'après ces deux observations, que j'avais affaire à une tumeur réellement salivaire, résultat de l'oblitération du canal excréteur? Ne faut-il pas aussi admettre que le cours du liquide a été rétabli par l'opération de manière à ce que la grenouil-

lette ne pût pas se reproduire si ce n'est par une nouvelle maladie du conduit de Warthon? Comment, en effet, le kyste pourrait-il se reformer? Toute sa face antérieure a été enlevée, les deux parois latérales renversées et greffées sur le tissu sous-muqueux. L'ouverture libre du canal se trouve à fleur de la muqueuse (1^{er} cas), ou au fond d'un petit *infundibulum* (2^e cas), lequel disparaîtra quand l'engorgement des parties voisines aura cessé. La salive peut donc s'écouler désormais sans obstacle. Je ne crois pas devoir insister pour établir les avantages de la méthode dont je viens de faire connaître les applications sur les moyens de traitement anciennement employés soit contre les grenouillettes salivaires, soit contre les grenouillettes muqueuses ou kystes muqueux sublinguaux.

Je ne m'arrête pas aux inconvénients de l'incision, quelque étendue qu'elle soit; car, Boyer en a parfaitement fait raison. La cautérisation ne détruit qu'imparfaitement le kyste; de même que l'excision ou l'ablation partielle. Après ces opérations, les angles des parties excisées reviennent et se roulent sur eux-mêmes et tendent ainsi à entretenir autour de l'orifice du conduit de petits foyers ou collections de salive qui ne tardent pas à reproduire le mal.

Quant à la dilatation, il suffit de faire remarquer les inconvénients du séjour constant d'un corps étranger sous la langue, aggravés par la longueur du traitement et la fréquence des rechutes.

Si la méthode autoplastique offre d'immenses avantages dans le traitement de la grenouillette salivaire, cas dans lequel elle est seule rationnelle, on peut encore ajouter qu'elle est préférable à tous les traitements anciens qui sont constamment conseillés dans les cas de kystes non salivaires. En effet, ne se propose-t-on pas toujours alors l'oblitération d'une cavité muqueuse développée accidentellement, dans la crainte qu'une nouvelle sécrétion intérieure ne reproduise une nouvelle tumeur? Or est-il, pour atteindre ce but, de moyen plus efficace que celui que je conseille? Si le kyste est petit, ouvrez largement, videz, renversez les parois à droite et à gauche ou en haut et en bas, et faites deux points de suture. Si le kyste est volumineux, enlevez une portion elliptique plus ou moins grande de la face antérieure et terminez comme ci-dessus. On n'a plus besoin alors ni de cauterisation, ni de dilatation, ni de séton, etc., etc. Tout est fini dès qu'on a transformé une cavité en une surface plane ou légèrement concave, mais dont les parois ne sont plus aptes à se rapprocher. Il y a plus : en cas de doute sur la nature de la tumeur à traiter, il convient encore d'agir de la même manière. Car, si c'est un kyste placé au-devant du canal sans lésion de celui-ci, ni tumeur salivaire, on obtiendra une guérison plus prompte et plus parfaite que par tout autre moyen. Si c'est une tumeur salivaire, on rétablira infailliblement le cours de la salive.

On m'objectera sans doute ce qu'on avait déjà ob-

jecté aux partisans de l'excision partielle, c'est-à-dire de produire une incontinence salivaire, et ce qui est arrivé aux malades que j'ai opérés pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération pourrait donner prise à cette objection; mais chez ces malades la salive de jour en jour a repris son cours régulier; c'est pourquoi, à moins de supposer une altération profonde des parois du canal, on doit croire que les excitations de l'air, les qualités plus ou moins vives de divers liquides ou des alimens eux-mêmes suffisent pour donner avec le temps à l'orifice libre du canal la contraction nécessaire pour s'opposer à un écoulement trop abondant.

Je ne dois pas quitter la question des grenouillettes non salivaires ou muqueuses, sans traiter un point de thérapeutique chirurgicale qui les concerne, c'est à cette catégorie des kystes de la région sublinguale que convient particulièrement le traitement par les injections dont on s'est occupé dans ces derniers temps.

Partant de cette opinion que la grenouillette n'était autre chose qu'un kyste, M. Bouchacourt a proposé tout naturellement l'oblitération de celui-ci par une injection iodée. J'ai suffisamment fait voir que l'opinion du jeune et habile chirurgien, de Lyon, est démentie par l'anatomie pathologique qui apprend que les tumeurs kystiques de la base de la langue peuvent aussi bien appartenir aux voies salivaires qu'à un kyste muqueux ou folliculaire. J'ajoute que les signes tirés

du siège de la structure anatomique permettent d'établir un diagnostic à-peu-près certain, et qu'on peut rendre sûr par une ponction exploratrice qui établit d'une manière positive la nature du liquide contenu dans la poche. Ce signe séméiotique doit être pris sérieusement en considération, et c'est d'après lui seul que l'on peut réellement décider si l'on doit tenter l'oblitération du kyste par l'injection, opération que l'on doit repousser lorsqu'il s'agit d'une grenouillette salivaire. M. Bouchacourt a injecté des grenouillettes avec un complet succès au moyen de la teinture iodée, et plusieurs fois déjà j'ai eu recours au même moyen, mais les résultats n'ont pas été aussi satisfaisants. Ainsi, j'ai eu trois fois une récurrence chez un jeune enfant dont je vais rapporter l'observation; mais il est bon de dire que les parois de la poche étaient fortement épaissies comme une coque.

Sur plusieurs malades j'ai obtenu des guérisons complètes, sur d'autres des oblitérations incomplètes.

Sur une femme dont le kyste était excessivement mince, il est survenu une gangrène de la poche après l'injection iodée. Voici les plus importantes de ces observations.

44^e Observation. — Grenouillette de la bourse muqueuse de Fleischmann. — Kyste développé dans le plancher de la bouche, sur la ligne médiane. — Double injection avec la teinture iodée pure. — Inspiration de vapeurs d'éther. — Deux récurrences. — Le nommé Croisé (Fer-

dinand), âgé de 14 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis le 31 mai 1847. Cet enfant, apprenti socquier, d'une constitution assez bonne, quoique d'un tempérament lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé. Il avait 6 ans lorsque, pour la première fois, un de ses camarades lui fit remarquer qu'il avait sous la langue une grosseur que l'enfant désigna sous le nom de 2^e langue. Cette grosseur n'occasionnait aucune gêne, ni aucune douleur; malgré cela, les parens le firent examiner par un médecin qui assura que ce n'était rien, et en conséquence ne prescrivit aucun traitement. Cependant la tumeur continua à prendre un volume plus considérable, et lorsque Croisé vint à Paris il y a un an, elle avait acquis un tel volume qu'elle était proéminente sous le menton, où l'on appliqua des cataplasmes. Elle s'ouvrit dans l'intérieur de la bouche et donna issue à une assez grande quantité d'un liquide transparent; puis elle s'affaissa complètement. Mais bientôt l'ouverture se boucha, la tumeur reparut, se vida une seconde fois et se développa de nouveau une troisième. Le malade entra alors dans le service de M. Guersant fils à l'hôpital des Enfants. Dans le but d'obtenir le recollément des parois de la poche, ce praticien traversa la tumeur par deux sétons qui restèrent appliqués pendant deux mois. Au bout de ce temps, il l'incisa. Cette incision facilita l'écoulement d'une assez grande quantité de pus, puis on fit dans l'intérieur de la tumeur des injections avec du vin

miellé. La poche resta béante et ne se cicatrisa pas. Après quatre mois de séjour, le malade sortit de l'hôpital.

Les lèvres de la plaie résultant de l'incision ne tardèrent pas à se réunir, et la tumeur commença à se développer de nouveau. Le malade vint alors à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis le 31 mai 1847. On constata l'état suivant :

En arrière de la symphyse du maxillaire inférieur et sur la ligne médiane du plancher de la bouche, il existe une tumeur volumineuse qui proémine dans l'intérieur de la bouche qu'elle remplit en partie, de telle sorte que la langue est portée en haut vers la voûte palatine. Au premier abord on ne distingue pas cet organe de la tumeur qui a fait complètement disparaître son frein. Cependant en examinant avec attention, on aperçoit, à la partie supérieure de la tumeur, une légère dépression transversale qui indique la ligne de séparation de la tumeur avec la langue. Celle-ci est en quelque sorte collée contre le palais et ne peut être tirée au dehors. Comme il est facile de le comprendre, ses mouvemens sont considérablement gênés, ce qui rend difficiles la déglutition et surtout l'articulation des sons qui exigent le concours actif de la langue.

La surface extérieure de la tumeur présente des inégalités résultant des cicatrices de l'incision et des ouvertures par lesquelles le séton a été introduit. Tout-à-fait en avant, on aperçoit les deux ouvertures

du conduit de Warthon ; à gauche, il est facile d'introduire dans le canal excréteur un petit stylet auquel on fait parcourir toute la longueur, ce qui démontre que ce n'est pas à une dilatation anormale de ce conduit salivaire de ce côté que l'on doit rapporter la tumeur. La chose est encore plus impossible à droite, car, si on pousse le même instrument dans son intérieur, on voit que ce dernier a été coupé et qu'il existe sur sa paroi supérieure une perte de substance. Ces deux conduits sont donc situés à la surface de la tumeur dont ils sont indépendans ; aussi est-il complètement impossible de faire pénétrer le stylet dans la poche. Au moment où l'on retire l'instrument, il sort du conduit un liquide parfaitement transparent, qui est de la salive. Si l'on presse sur les glandes salivaires, la salive est jetée assez loin au dehors de la bouche. Le jet n'a pas lieu à droite, sans doute à cause de l'interruption qui existe sur le canal excréteur. On constate enfin par la pression que la tumeur contient un liquide assez abondant ; de plus, elle est rénitente.

L'état général est très satisfaisant.

L'opération est pratiquée le 5 juin et consiste dans une ponction de la poche et l'injection de teinture iodée pure, dans le but d'obtenir le recollement des parois du kyste. Avant de pratiquer la ponction, le malade est soumis à l'influence des vapeurs d'éther. Après quelques inspirations, il est jeté dans un état d'ivresse assez complet, tout en conservant sa

sensibilité. Il survient de l'agitation, puis de l'exaltation; le malade se lève, pousse des cris, et on est obligé d'employer de la force pour le maintenir. C'est alors que je plongeai le trocart dans la tumeur, en ayant soin de pousser l'instrument au-dessous du conduit de Warthon. Il s'écoule par la canule un liquide purulent qui est remplacé par la teinture iodée. Cette injection a été renouvelée une fois après l'évacuation de la première injection, qui est restée quelque temps dans l'intérieur du kyste. Le malade ne tarda pas à revenir entièrement à lui; il dit qu'il a rêvé, qu'il tombait; que, du reste, au moment de l'opération, dont il avait la conscience, il a senti distinctement une piqûre d'abord, puis ensuite quelque chose qui le brûlait.

Dix minutes après l'opération, la tumeur, qui était complètement affaissée, est de nouveau remplie et présente les caractères que nous avons décrits plus haut.

Le lendemain et les jours suivans l'état de la tumeur reste le même. Pas de céphalalgie, pas de douleurs, ni dans la gorge, ni dans la tumeur.

Le 10 juin, dans la journée, le liquide qui remplissait la tumeur a été presque entièrement absorbé, et le malade affirme qu'il n'est rien sorti qui puisse expliquer l'affaissement si instantané de la tumeur. La langue, devenue parfaitement distincte, peut être tirée au dehors de la cavité buccale, et le malade parle avec facilité.

Les jours suivans, cet état se maintient; mais le 14, le malade, indocile et parlant toute la journée malgré ma défense, voit reparaître la tumeur qui, en quelques jours, acquiert le volume qu'elle avait primitivement.

Le 18 juin, je pratique à gauche, cette fois, une nouvelle ponction suivie de deux injections de teinture iodée pure. Comme la première fois, le malade a été soumis à l'influence de l'éther, il est de nouveau soumis à son action qui est nulle, et bien qu'elle ait été faite pendant plus de temps, on n'a pu obtenir l'insensibilité complète. Il a fallu recourir à la force pour tenir le malade et l'obliger à se laisser opérer.

La ponction donne issue à une assez grande quantité d'un pus très épais présentant une teinte légèrement rosée. Le malade a senti la piqûre et a éprouvé ensuite une sensation de brûlure.

Dix minutes après l'opération, la poche était déjà remplie par un liquide.

Le 23 juin, il s'est écoulé un liquide que le malade a comparé à du caramel; la tumeur s'est presque entièrement affaissée.

Les jours suivans, l'état se maintint, et le malade sort de l'hôpital. Il est alors dans l'état suivant :

Le plancher de la bouche est complètement affaissé et parfaitement distinct de la langue que le malade peut faire sortir de la cavité buccale. Sur la ligne médiane, on aperçoit un raphé qui s'étend jusqu'à la

base de la langue dont le frein a complètement disparu, de telle sorte que, quand le malade porte fortement cet organe en arrière, sa pointe arrondie ne fait qu'une légère saillie au-dessus du plancher de la bouche. Dans ce dernier endroit, on sent encore une petite tumeur, dure, formée, sans doute, par de la lymphe plastique qui ne s'est pas entièrement résorbée.

La parole est beaucoup plus facile.

Depuis, j'ai revu le malade et j'ai eu l'occasion de m'assurer qu'il y avait eu récurrence. Cet enfant n'a voulu subir aucune autre espèce de traitement. Je regrette de n'avoir pu le soumettre à mon procédé autoplastique qui eût infailliblement réussi. Malheureusement l'état d'induration des tissus ne nous permit pas, lors de son entrée à l'hôpital, de pratiquer cette opération.

45° *Observation.* — *Grenouillette folliculaire.* — *Injection iodée.* — *Gangrène de la paroi antérieure de la poche.* — *Symptômes de glossite.* — *Guérison.* — La nommée Ledentu (Alphonsine - Aimée), âgée de 23 ans, marchande, entra à l'hôpital Saint-Louis le 16 juin 1847. Cette femme, d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin, porte sur le côté droit du frein de la langue une tumeur qui a commencé à se développer, il y a environ trois mois sans cause appréciable connue; sa grosseur est celle d'un œuf de pigeon, dont elle a à-peu-près la forme;

elle est blanchâtre, presque transparente, et paraît contenir un liquide incolore dans son intérieur. Cette tumeur change constamment de volume et donne issue de temps en temps à un liquide que la malade dit être très salé. Elle n'est du reste pas douloureuse, ne fait point de saillie à l'extérieur au-dessus de la mâchoire, et ne gêne en aucune manière les fonctions de la langue et de la bouche.

Le 24 juin, je fais une ponction à cette espèce de kyste, et il sort de la canule du trois-quarts un liquide blanchâtre, visqueux, gluant. Après avoir vidé la tumeur, on injecte de la teinture iodée pure qui est elle-même évacuée après être restée quelques instans dans l'intérieur de la poche. Elle en est sortie sous forme de coagulum demi-solide, avec une forme obronde, pyriforme. C'est probablement la forme de l'intérieur du kyste.

Le 25 juin, la malade salive beaucoup, ce qui peut être dû à ce que la teinture iodée a touché la membrane muqueuse buccale, aussi bien qu'à l'irritation linguale et du sac. La langue est tuméfiée, douloureuse, et sa pointe se voit au niveau des arcades dentaires qui sont légèrement écartées l'une de l'autre. La malade se plaint d'avoir mal à la gorge et à la tête, elle ne peut ni parler ni prendre des alimens solides. Elle n'a point eu de goût particulier dans la bouche. Le pouls est à 76,80 pulsations; il est en outre assez développé.

Le 26 juin, la langue est encore plus volumineuse

et sort à travers les arcades dentaires; elle est enduite à sa surface d'une couche blanche; encore un peu de douleur à la gorge; le mal de tête s'est dissipé; la parole est impossible, et la malade ne peut prendre que quelques boissons qui passent difficilement.

Le 27, la langue est toujours dans le même état et n'a pas diminué de volume. Elle remplit à-peu-près complètement la cavité buccale. Le mal de gorge et la tension extérieure du cou ont presque disparu.

Le 28, la langue a un peu diminué de volume, elle sort cependant encore entre les arcades dentaires, et tient la bouche entr'ouverte; point de fièvre; la malade ne peut encore prendre d'alimens solides.

Le 29, diminution sensible de la langue; ses mouvemens sont cependant encore gênés et empêchent la parole; la malade a de l'appétit.

Le 30, la langue est entièrement rentrée dans l'intérieur de la bouche, mais la malade ne peut encore la remuer à volonté.

Le 1^{er} juillet, la malade se trouve à son aise, elle peut parler et remuer la langue qui ne remplit plus la cavité buccale; elle a pris hier du potage; elle se plaint d'avoir une mauvaise odeur dans la bouche.

Le 2, diminution graduelle du volume de la langue; l'état de la malade est très satisfaisant.

Les jours suivans, on n'observe rien de remarquable; la langue diminue graduellement de volume, et on peut examiner enfin le lieu qu'occupait le kyste. Celui-ci a, en effet, disparu et la guérison se trouve radicale.

Aujourd'hui 10 juillet, la langue, sans être revenue complètement à son volume normal, est cependant parfaitement libre; la parole est aussi facile qu'avant l'opération. Toute la paroi antérieure du sac a été frappée de gangrène, et cette paroi est tombée par lambeaux qui répandaient une odeur assez désagréable presque jusqu'à la fin de la guérison. Cette gangrène me paraît due à l'excessive distension de la poche pendant l'injection et probablement aussi à ce qu'une certaine quantité de teinture s'est répandue sur les parois mêmes de l'extérieur du kyste.

Avant de quitter le sujet qui nous occupe, je crois devoir ajouter quelques mots sur la manière dont on doit pratiquer ces injections et sur leurs suites.

1° *Manière de pratiquer ces injections.* — On se sert d'un trois-quarts et d'une seringue qui peut contenir 80, 100, 120 grammes de teinture iodée, afin de pouvoir faire plusieurs injections successives ou de pouvoir faire pénétrer le liquide dans toute l'étendue de la poche lorsqu'elle est très grande.

La ponction se fait tantôt par la partie la plus déclive, lorsque la tumeur paraît au cou, et tantôt par la bouche, sur les côtés du frein, en ayant soin de presser la tumeur de manière à la faire saillir davantage dans le point où elle doit être ponctuée. A mesure que la tumeur se désemplit, on doit suivre son affaissement avec le trois-quarts. Autant que possible il faut éviter que le malade parle ou crie pendant que l'on fait l'injection. Il est bon de nettoyer aussi la

bouche avant d'en finir avec l'injection. Il importe peu qu'il demeure une certaine quantité de teinture iodée dans l'intérieur de la poche.

La rapidité avec laquelle la tumeur se remplit après l'injection iodée est remarquable : on a vu dans une de nos observations, qu'elle était remplie dix minutes après l'opération. La manière dont l'absorption se fait n'est pas moins intéressante, et il est incontestable que la tumeur décroît ici bien plus rapidement que dans les autres régions du corps, sans doute en raison de la grande vascularité de la partie et de sa grande vitalité.

2° *Suites de l'opération.* — Au liquide filant succède après l'injection un liquide séro-albumineux, et il est certain qu'à mesure que celui-ci est absorbé, les parois de la poche tendent à revenir sur elles-mêmes et à se confondre au moyen d'une couche albumineuse qui demeure ; c'est ce qui fait qu'on rencontre dans le point où existait le kyste une ligne dure et résistante ou une espèce de noyau très rénitent à l'endroit où le kyste formait un cul-de-sac. J'ai vu ce résultat très prononcé chez un ingénieur des ponts-et-chaussées d'Orléans.

Chez cet ingénieur il y a bien eu, en effet, apparence de guérison solide pendant un mois environ ; mais, au bout de ce temps, la tumeur a commencé à reparaitre, et de peu développée qu'elle était d'abord, elle a pris un accroissement considérable en un temps très court. Le noyau dont nous avons parlé a bientôt

été masqué par le nouveau liquide déposé dans la poche. La récurrence s'est faite de haut en bas et il est évident que les parois ne se sont pas maintenues collées par le liquide déposé d'abord par le fait de l'injection, son absorption s'étant graduellement opérée.

Voyant que plusieurs injections avaient été faites en vain, je dus recourir à une autre méthode, à l'excision d'une portion du kyste et à l'introduction dans son intérieur d'une mèche régulièrement faite tous les jours. L'opération a été pratiquée à la partie la plus déclive et par conséquent à la région antérieure et latérale gauche du cou. Mon honorable, excellent confrère et ami, le docteur Tournié, parent du malade, assistait à cette opération.

Une incision fut d'abord faite sur les tégumens, dans toute la longueur apparente de la tumeur, puis elle fut disséquée dans sa partie antérieure. Un bistouri pointu fut ensuite plongé dans la poche, d'où il s'échappa un flot de liquide filant et muqueux. Avec des ciseaux, j'excisai une certaine étendue de sa paroi antérieure. De l'agaric fut introduit entre les lèvres de la plaie et jusque sur les côtés de la langue. Les jours suivans, le pansement fut fait avec des mèches. Le kyste s'est exfolié; des bourgeons se sont créés et l'espace s'est comblé. On a obtenu une oblitération de la partie supérieure vers la partie inférieure.

Pendant les premiers jours il est survenu une in-

inflammation assez vive de l'intérieur de la poche, une salivation assez abondante et de la tuméfaction sur les côtés de la langue. Le malade n'ouvrait que fort difficilement la bouche et que fort peu. Bientôt le mouvement fébrile a baissé, l'engorgement a diminué, les mouvemens de la mâchoire sont devenus faciles, et le malade a pu reprendre son régime alimentaire ordinaire.

Je regrette de n'avoir pu pratiquer mon procédé sur ce malade, à cause de l'énorme épaissement survenu dans la paroi antérieure et buccale de la poche, à la suite de l'application d'un séton.

Les injections iodées me paraissent avoir peu d'avenir pour la cure des kystes buccaux, et ce n'est que lorsqu'ils seront circonscrits et parfaitement limités qu'on pourra avoir recours à cette médication. Quelle est la matière qui se forme dans le kyste après l'opération ?

Le liquide qui s'accumule dans l'intérieur de la poche ressemble assez bien, pour la sensation qu'il fournit à la main qui explore, à un liquide gommeux, épais, et quelquefois à du blanc d'œuf. On voit successivement la tumeur disparaître et les parois revenir sur elles-mêmes. A cette époque, la sensation de fluctuation diminue, et, par la pression, on reconnaît un liquide qui tend de plus en plus à la consistance solide.

L'oblitération peut être partielle ou totale. Dans le premier cas il y a récurrence, et dans le second guérison.

La récurrence arrive de deux manières, ou par défaut d'une action assez grande de la part du liquide sur les parois de la poche, et alors lorsqu'on fait une seconde injection, il sort un liquide séro-jaunâtre. Ou bien l'inflammation est trop vive et du pus se forme comme cela est arrivé sur le jeune garçon dont j'ai rapporté l'observation. Chez ce même malade j'ai constaté ce grand épaissement des parois de la poche qui a bien contribué pour sa part à la reproduction du mal.

Jamais ici les injections iodées n'ont produit de phénomènes toxiques; mais elles ont déterminé de la salivation, quelquefois une irritation très vive et même violente de la membrane muqueuse buccale, de la langue qui augmente de volume, devient douloureuse et tuméfiée, au point qu'elle vient faire saillie entre les dents incisives. C'est pour éviter une trop grande irritation locale que je propose, lorsque la tumeur est très volumineuse, de l'injecter en deux fois en commençant d'abord par la portion du sac qui se présente au cou et en finissant par celle que l'on rencontre au-dessous de la langue. On parvient facilement à empêcher toute communication en pressant la tumeur au cou au niveau de la glande sous-maxillaire. Toutefois, ainsi qu'on a pu le voir, ces injections sont alors souvent suivies d'insuccès, et il faut dans ce cas pratiquer une excision des parois du kyste.

Il me reste à décrire le procédé opératoire auto-plastique qui m'est propre, et c'est par là que je ter-

minerai ce qui a rapport à la grenouillette, avec plus de détails que je ne l'ai fait jusqu'ici.

Procédé opératoire.

Premier temps. — Dans ce premier temps, je dissèque seulement la membrane muqueuse buccale sur la face antérieure de la tumeur que je n'ouvre pas. Cette dissection se fait très facilement par une incision superficielle transversale qui ne divise que la membrane muqueuse, dont l'union avec la tumeur est si lâche que l'on peut la décoller quelquefois avec les pinces, excepté toutefois lorsqu'elle a été le siège d'une inflammation vive et prolongée. On se sert d'un bistouri et d'une pince à dents pour enlever la membrane tégumentaire buccale. Après avoir disséqué une assez grande étendue de la membrane muqueuse, on en retranche des lambeaux avec des ciseaux courbes. Il est bien entendu que l'étendue de la perte de substance que l'on fait à cette membrane est en rapport avec le volume de la tumeur.

Deuxième temps. — Ce temps est consacré à l'ouverture de la tumeur qui se fait dans le même sens que la première incision et jamais dans le diamètre vertical, à moins que la dissection n'ait été faite dans cette direction et latéralement. Il m'a toujours suffi de pratiquer deux lambeaux que l'on renverse et que l'on adosse aux surfaces saignantes. C'est avec le bistouri que l'on fait d'abord à la tumeur une ponction, que l'on agrandit avec des ciseaux. Les pa-

rois de la poche s'affaissent à mesure que le liquide contenu dans son intérieur est évacué.

Troisième temps. — C'est le temps le plus important et c'est celui qui décide du résultat. Il s'agit, en effet, de rendre permanente l'ouverture qui vient d'être pratiquée, et c'est à quoi on parvient très facilement pourvu que l'opération soit bien faite, soit qu'il s'agisse d'une grenouillette salivaire, folliculaire ou muqueuse. Le chirurgien relève avec des pinces le lambeau supérieur, et il abaisse l'inférieur, ou bien encore il passe deux, trois fils avec une aiguille courbe aux deux angles et à la partie moyenne de chaque lambeau, et sans désemparer la pointe des aiguilles vient traverser la partie saignante terminale de la première dissection. Il suffit alors de nouer les fils et de faire autant de points de suture séparés. Les deux surfaces saignantes du lambeau se trouvent donc en contact, et une ouverture accidentelle qui devient permanente est créée. Cette ouverture ne peut pas se fermer parce qu'un tégument la borde et l'entoure de toutes parts. Aussi demeure-t-il là un orifice qui livre passage à la salive ou au liquide sécrété par la poche.

Je terminerai en rapportant l'observation suivante d'une grenouillette salivaire opérée par M. le docteur A. Forget, jeune et habile médecin qui s'est servi de ma méthode dont il a modifié le procédé en pratiquant quatre lambeaux au lieu de deux (').

(') *Bulletin général de thérapeutique* du 30 avril 1845.

46° *Observation.* — *Grenouillette salivaire opérée avec succès par la méthode de M. Jobert.* — M^{lle} Doublet, âgée de 28 ans, vint me consulter le 15 septembre 1844 pour une tumeur qu'elle portait dans la bouche et qui avait commencé à se développer il y a un an.

« Progressivement accrue, elle occupait le côté droit du plancher de la bouche, limitée en avant par le frein qu'elle repoussait un peu à gauche, et s'étendant fort loin en arrière dans la rainure située entre la langue et la mâchoire inférieure, arrondie, tendue, elle dépassait le niveau de l'arcade dentaire, et refoulait de bas en haut la langue dont les mouvemens étaient ainsi gênés, ce qui rendait la prononciation embarrassée. Il y avait deux mois que la tumeur avait été à deux reprises opérée par incision, et toujours sans succès.

« La seconde fois elle récidiva comme la première, malgré de nombreuses cautérisations faites avec le nitrate d'argent. Le siège de la tumeur, la nature du liquide qui s'en écoula aux précédentes opérations, la physionomie symptomatique actuelle, tout rendait le diagnostic certain; j'avais évidemment affaire à une grenouillette en récidive.

« Le 1^{er} octobre, l'opération fut faite de la manière suivante: je commençai par aviver dans toute son étendue la surface extérieure de la tumeur par une dissection très superficielle qui détruisit la membrane muqueuse sans entamer le kyste lui-même. J'étendis

cette dissection le plus loin possible au-delà des limites de ce dernier, et j'obtins de la sorte une plaie en nappe du plancher de la bouche, qui dépassait la circonférence de la tumeur. Ce premier temps de l'opération fut suivi de l'ouverture du kyste salivaire au moyen d'une incision faite dans toute sa longueur et parallèle au corps de l'os maxillaire inférieur; le liquide albumineux qui le remplissait s'écoula en abondance. J'introduisis alors l'extrémité du doigt dans la cavité, et je parvins à m'assurer qu'elle se terminait en infundibulum dont le prolongement se faisait en arrière du centre de la mâchoire, et dans la direction du conduit de la glande sous-maxillaire. De cette disposition anatomique, j'ai conclu que la tumeur était le résultat de la dilatation de ce conduit, et non un kyste séreux, sans communication avec les voies salivaires. Je continuai alors l'opération: déjà l'incision de la tumeur avait donné deux lambeaux; je divisai le centre de chacun d'eux, et j'obtins ainsi quatre lambeaux assez régulièrement triangulaires, libres et flottans dans toute leur étendue de la base au sommet. Je fixai ensuite ces lambeaux, ayant soin d'attendre que l'écoulement de sang fût complètement arrêté. Je renversai donc de dedans en dehors chacun des lambeaux, commençant par les deux qui étaient plus rapprochés de la langue: l'un fut couché dans la rainure sublinguale où le maintinrent deux points de suture; l'autre fut rejeté au-delà du frein et fixé de même. J'adaptai ensuite les deux lambeaux antérieurs

au plancher buccal. Je n'employai pour ces deux derniers qu'un seul point du suture passé à leur sommet, tandis que pour les deux autres, outre que j'en passai un au sommet, j'en plaçai un second sur celui de leurs bords qui se trouvait correspondre au bord saignant de la membrane muqueuse avec laquelle ils se trouvèrent ainsi affrontés.

« Le résultat immédiat de cette opération fut de maintenir le kyste salivaire largement ouvert; l'extrémité du doigt pouvait y être engagé facilement. Peu d'instans après survint un boursoufflement des lambeaux et de la membrane muqueuse au voisinage de ceux-ci, qui dut être attribué à l'irritation, suite des manœuvres longues et assez difficiles que nécessite la suture. Je prescrivis des lotions fréquentes d'eau froide.

« Le lendemain 2 octobre, mademoiselle D... n'a pas souffert; le gonflement des lambeaux n'a pas diminué; leur surface, légèrement rosée la veille, est maintenant d'un rouge foncé: ce boursoufflement fait que l'ouverture du kyste est masquée, mais sans être oblitérée, car une sonde de femme, portée au point de rencontre de la base des lambeaux ainsi tuméfiés, pénètre aisément dans cette ouverture. Je prescrivis des gargarismes aluminés.

« Le 3, mademoiselle D... a retiré deux points de suture qu'elle a sentis libres dans sa bouche. Je détruis avec le bec de la sonde des adhérences qui se sont établies à la base des lambeaux, et je cautérise énergi-

quément avec le crayon de nitrate d'argent, dans toute son étendue, le tissu muqueux tuméfié et enflammé.

« Le lendemain, nouvelle cautérisation des lambeaux, en ayant soin de m'éloigner du point central correspondant à l'ouverture du kyste où j'introduis de nouveau la sonde.

« Pendant huit jours, nouvelles cautérisations qui eurent pour résultat de produire l'affaissement des lambeaux en même temps que l'orifice de communication du kyste salivaire, avec l'intérieur de la bouche, devenait plus apparent chaque jour.

« Cinq semaines après l'opération on pouvait regarder le succès comme assuré. »

FIN DU PREMIER VOLUME.

quément avec le crayon de nitrate d'argent, dans tous
son étendue, le tissu adipeux lâché et collé
Le lendemain, nouvelle cautérisation des bords

TABLE DES MATIÈRES

DU PREMIER VOLUME.

Hérisant huit jours, nouvelles cautérisations qui
eurent pour résultat de prévenir l'allongement des
lancettes en même temps que l'ordre de communi-
cation de kyste salivaire, avec l'intérieur de la poche
devenait plus apparent chaque jour.

PAGES.
PRÉFACE. V

PREMIÈRE PARTIE.

HISTORIQUE. 1

DEUXIÈME PARTIE.

DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE EN GÉNÉRAL. 21

SECTION I^{re}. — Des cas qui réclament l'autoplastie. 22

CHAP. I^{er}. — De l'autoplastie employée à rétablir le jeu
régulier des organes. 23

II. — Autoplastie employée à réparer les pertes de
substance. *ib.*

III. — Autoplastie employée pour prévenir la réci-
dive des cancers, etc. 24

Observation n° 1. 25

— n° 2. 28

— n° 3. 35

— n° 4. 38

IV. — De l'autoplastie employée pour empêcher
l'écoulement anormal des liquides. 46

SECTION II. — Des préparations auxquelles il convient de soumettre les parties intéressées dans l'opération et l'organisme tout entier avant de pratiquer l'autoplastie.	47
SECTION III. — Des parties qui doivent entrer dans la composition du lambeau.	52
CHAP. I ^{er} . — Du choix des tissus propres à former le lambeau. — Choix des tissus. — Choix des régions.	53
II. — Des parties qui doivent être comprises dans le lambeau.	58
III. — De la forme, de la longueur et de la largeur que l'on doit donner au lambeau.	59
IV. — De l'étendue et de la direction du lambeau.	60
V. — De la largeur et de la longueur qu'il faut accorder au pédicule.	62
VI. — Du manuel opératoire, des soins à donner au malade pendant et après l'opération. — Des accidens primitifs de l'opération. — Section du pédicule. — Position du malade.	63
Procédé opératoire.	65
1 ^o Ravivement.	<i>ib.</i>
2 ^o Dissection du lambeau.	66
3 ^o Réunion.	67
4 ^o Pansement.	71
Soins à donner après l'opération. — Accidens primitifs. — Section du pédicule.	<i>ib.</i>
VII. — De la section du pédicule et des phénomènes qui en résultent.	75
Du rétablissement de l'action nerveuse dans les lambeaux autoplastiques.	81
Observation n ^o 5.	84
— n ^o 6.	86

	PAGES.
Observation n° 7..	87
— n° 8..	89
— n° 9..	90
— n° 10..	93
Expériences sur les animaux.	96
CHAP. VIII. — Hypertrophie, ébarbement, migration et locomotion du lambeau.	103
Hypertrophie du lambeau.	104
Locomotion du lambeau.	105
SECTION IV. — Des méthodes autoplastiques.	107
CHAP. I^{er}. — Méthode indienne.	<i>ib.</i>
Méthode par transplantation sans pédicule.	<i>ib.</i>
Méthode indienne par transplantation avec pédicule, ou méthode par torsion.	116
II. — Méthode italienne.	121
§ I ^{er} . Procédé de Tagliacozzi.	<i>ib.</i>
Premier temps ou première période.	122
Deuxième temps principal.	123
§ II. Procédé de Graefe.	126
III. — Méthode française ou par déplacement.	127
Préparation.	132
Procédé opératoire.	134
§ I ^{er} . Procédé de Celse.	136
§ II. Procédé de Franco.	<i>ib.</i>
§ III. Procédé anaplastique par transport d'un pont cutané.	137
§ IV. Procédé d'autoplastie en tiroir.	<i>ib.</i>
§ V. Procédé d'autoplastie par invagination.	138
IV. — Méthode autoplastique par glissement.	<i>ib.</i>
V. — Méthode par renversement ou par inflexion.	141
Procédé opératoire.	143
Premier temps.	<i>ib.</i>
Deuxième temps.	144

TROISIÈME PARTIE.

DE L'AUTOPLASTIE DANS SES APPLICATIONS PARTICULIÈRES
A LA RÉPARATION DES DIFFORMITÉS DES DIVERSES RÉ-
GIONS DU CORPS.

	PAGES.
SECTION I ^{re} . — De la destruction des brides et cicatrices difformes par l'autoplastie.	146
A. Incision.	148
B. Excision.	149
C. Procédé de l'auteur.	150
SECTION II. — Autoplastie crânienne.	151
CHAP. I ^{er} . — Autoplastie crânienne des parties molles.	152
II. — Autoplastie crânienne osseuse.	<i>ib.</i>
SECTION III. — Autoplastie faciale.	155
CHAP. I ^{er} . — Autoplastie auriculaire ou <i>otoplastie</i>	156
Procédé opératoire.	160
CHAP. II. — Autoplastie de l'appareil de la vision.	161
§ I ^{er} . Autoplastie sourcilière et palpébrale.	<i>ib.</i>
§ II. <i>Ophrioplastie</i> ou réparation du sourcil.	162
Observation n° 11.	163
§ III. Autoplastie de la paupière ou <i>blépharoplastie</i>	167
Observation n° 12.	171
— n° 13.	174
— n° 12.	178
— n° 13.	183
— n° 14.	185
— n° 15.	194
Réflexions.	196
§ IV. Procédés.	198
A. Procédé de Fricke.	199
B. Procédé de M. Jones.	<i>id.</i>
C. Procédé de Dieffenbach.	200
§ V. Des cas où la blépharoplastie convient.	205

	PAGE
Observation n° 16.	216
§ VI. Changemens physiologiques dans les lambeaux autoplastiques.	218
§ VII. Autoplastie du sac lacrymal.	221
Procédé opératoire.	224
§ VIII. Réparation de la cornée ou <i>kératoplastie</i>	226
CHAP. III. — Réparation du nez ou <i>rhinoplastie</i>	229
§ I ^{er} . Méthode indienne.	231
A. Procédé des Koomas.	<i>id.</i>
1° Dissection du lambeau.	232
2° Application du lambeau.	<i>id.</i>
B. Procédé indien modifié par Dieffenbach.	<i>id.</i>
Observation n° 17.	235
c. On peut réparer par la méthode indienne la sous-cloison, les ailes et les côtés du nez.	255
§ II. Méthode italienne.	257
1° Procédé de Tagliacozzi.	<i>id.</i>
2° Procédé de Graefe.	359
Observation n° 18.	<i>id.</i>
§ III. Méthode française.	264
1° Difformités par affaissement.	265
Observation n° 19.	267
— n° 20.	271
2° Difformités partielles.	275
Observation n° 21.	279
— n° 22.	282
3° Réparation de la totalité du nez par la méthode française.	290
Observation n° 23.	<i>ib.</i>
§ IV. Examen des procédés.	294
1° Appréciation des procédés de la méthode indienne.	<i>ib.</i>
2° Procédés de la méthode italienne.	300
3° Procédés de la méthode française.	<i>ib.</i>
§ V. Examen comparatif des méthodes.	<i>ib.</i>

	PAGES.
CHAP. IV. — Réparation des joues ou <i>Génoplastie</i>	302
1° <i>Génoplastie</i> superficielle.	304
Observation n° 24.	305
— n° 25.	312
Procédé de l'auteur.	316
2° <i>Génoplastie</i> profonde.	318
A. <i>Génoplastie</i> . — Réparation de la joue avec les parties molles de la face.	319
Mode de réunion.	320
Observation n° 26.	321
— n° 27.	322
B. Réparation de la joue avec les parties molles du cou.	323
Observation n° 28.	324
— n° 29.	325
— n° 30.	339
Appréciation des méthodes.	342
CHAP. V. — <i>Chéioplastie</i> ou réparation autoplastique des lèvres.	344
§ 1 ^{er} . De la chéioplastie dans les vices de confor- mation des lèvres et les altérations avec perte de substance	345
Méthode française.	346
Méthode française simple.	347
A. Réparation des lèvres aux dépens des parties molles de la face.	<i>ib.</i>
Procédé de Horn ou de Roonhuysen.	<i>ib.</i>
Réparation par déplacement latéral.	347
Méthode française compliquée.	350
Procédé de Chopart.	351
Modifications apportées à ce procédé par M. Roux de Saint-Maximin.	352
Observation n° 31.	<i>ib.</i>
— n° 32.	355
— n° 33.	357
— n° 34.	<i>ib.</i>

	PAGES.
Réflexions.	358
Modifications apportées par MM. Morgan et Lis- franc.	362
Procédé de Delpech et de M. Serre.	363
Modification de Viguerie.	364
B. Chéiloplastie par déplacement dans les cas complicés.	365
1° Complication d'altérations des dents et du corps de l'os.	<i>ib.</i>
Observation n° 35.	366
2° Complication du bec-de-lièvre	367
C. Chéiloplastie par la méthode indienne.	375
Appréciation	<i>ib.</i>
§ II. Chéiloplastie dans les cas d'atrésie buccale.	378
Procédé de M. Serre.	379
Procédés de M. Dieffenbach ou plutôt de Werneck.	380
Méthode par renversement ou par inflexion.	382
Observation n° 36.	<i>ib.</i>
CHAP. VI. — Stomatoplastie.	389
§ I ^{er} . Staphyloplastie	390
1° Vices de conformation congéniaux.	<i>ib.</i>
2° Altérations accidentelles.	391
Observation n° 37.	393
Procédé de M. Roux.	394
§ II. Palatoplastie ou uranoplastie.	395
Procédé de Krimer.	396
Modification apportée par MM. Nélaton et Blandin.	396
Procédé de M. Velpeau.	397
§ III. Batracosioplastie. — Opération autoplastique de la grenouillette.	398
1° Grenouillette salivaire ou résultant de la dila- tation du conduit de Warthon.	400
2° Grenouillette muqueuse	401
A. Grenouillette de la bourse muqueuse de Fleischmann.	402
3° Grenouillette folliculaire.	404

	PAGES.
Incision simple ou ponction. — Cautérisation avec des substances solides ou liquides, ou le fer incandescent. — Excision. — Extirpation. — Dilatation, par divers moyens, dans le but d'obtenir soit le dégorgeement direct du canal, soit une fistule constante. — Injections.	405
Observation n° 38.	408
— n° 39.	411
— n° 40.	413
— n° 41.	416
— n° 42.	417
— n° 43.	418
— n° 44.	426
— n° 45.	432
1° Manière de pratiquer ces injections.	435
2° Suites de l'opération.	436
Procédé opératoire	440
Premier, deuxième et troisième temps.	44
Observation n° 46.	442

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, n. 5